

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

FERNANDA CORDEIRO SIRTOLI VANTIL

**GESTÃO DE RISCO NA SEGURANÇA DO PACIENTE
COM TRANSTORNO MENTAL**

**VITÓRIA
2017**

FERNANDA CORDEIRO SIRTOLI VANTIL

**GESTÃO DE RISCO NA SEGURANÇA DO PACIENTE
COM TRANSTORNO MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem na área de concentração “Cuidado e Administração em Saúde” e linha de pesquisa “Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde”.

Orientadora: Profa. Dra. Eliane de Fátima Almeida Lima.

Coorientadora: Profa. Dra. Cândida Caniçali Primo.

**VITÓRIA
2017**

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do
Espírito Santo, ES, Brasil)

V282g Vantil, Fernanda Cordeiro Sirtoli, 1988 -
Gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental /
Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil – 2017.
157 f. : il.

Orientador: Eliane de Fátima Almeida Lima.
Coorientador: Cândida Caniçali Primo.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do
Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Segurança do Paciente. 2. Gestão de Riscos. 3. Transtornos Mentais.
4. Tecnologia Biomédica. I. Lima, Eliane de Fátima Almeida. II. Primo,
Cândida Caniçali. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de
Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 61

FERNANDA CORDEIRO SIRTOLI VANTIL

**GESTÃO DE RISCO NA SEGURANÇA DO PACIENTE
COM TRANSTORNO MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem na área de concentração “Cuidado e Administração em Saúde” e linha de pesquisa “Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde”.

Avaliada em 13 de Julho de 2017

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Eliane de Fátima Almeida Lima
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Profa. Dra. Cândida Caniçali Primo
Universidade Federal do Espírito Santo
Coorientadora

Profa. Dra. Flávia Batista Portugal
Universidade Federal do Espírito Santo
1º Examinador/Interno

Prof. Dra. Ana Inês Sousa
Universidade Federal do do Rio de Janeiro
2º Examinador/Externo

Profa. Dra. Leila Massaroni
Universidade Federal do Espírito Santo
Suplente Interno

Profa. Dra. Karla Crozeta Figueiredo
Universidade Federal do Paraná
Suplente Externo

A Deus, primeiramente, por permitir tantas bênçãos em minha vida. Aos meus pais, Hilário e Laurinda, pelo amor, dedicação e incentivo aos estudos. Vocês sempre serão meu orgulho e meu exemplo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por seu imenso amor e misericórdia.

Aos meus avós, Oracy, Jandira, Ancelmo (*in memoriam*) e Clementina, por todo carinho, apoio e orações.

Aos meus pais, Hilário e Laurinda, por tanto amor e dedicação de uma vida inteira, renunciando, por muitas vezes, a algo em prol dos meus estudos.

Ao meu amado esposo, Adriano, por entender a minha ausência e apoiar as minhas escolhas.

Aos meus irmãos, Renata e Ancelmo, e aos meus cunhados, Thiago e Charlene, por toda a alegria, amor e companheirismo.

Às minhas orientadoras Profa. Dra. Eliane de Fátima Almeida Lima e Profa. Dra. Cândida Caniçali Primo, por acreditarem no meu potencial, pelos inúmeros ensinamentos, carinho e incentivo.

Às docentes do Mestrado Profissional, pelos valiosos ensinamentos. Em especial, à Profa. Dra. Maria Edla, pela ternura e carinho, um exemplo de dedicação à profissão.

Aos membros da banca Profa. Dra. Flávia Batista Portugal, Profa. Dra. Karla Crozeta Figueiredo, Profa. Dra. Leila Massaroni e Profa. Dra. Ana Inês Sousa por contribuírem ricamente com meu estudo.

À minha querida turma de mestrado, Brenda Almeida, Renata Passinho, Karina Fiorotti, Júlia Diniz, Luciana Barcelos, Thaís Pinto e Selma Vêscovi, pelos momentos inesquecíveis, apoio e solidariedade.

À equipe multidisciplinar do Hospital Estadual de Atenção Clínica, que participou da pesquisa com tanto empenho e comprometimento.

A todos, meus sinceros agradecimentos.

Conheço as tuas obras; eis que diante de ti pus uma porta aberta, e ninguém a pode fechar; tendo pouca força, guardaste a minha palavra, e não negaste o meu nome.

Apocalipse, 3:8

VANTIL, Fernanda Cordeiro Sirtoli. **Gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental.** Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. 2017.

RESUMO

Introdução: A gestão de riscos é parte integrante de todos os processos das organizações, e ocorre simultaneamente às atividades da instituição. Ao se referir à assistência em saúde, a Segurança do Paciente é um eixo essencial da qualidade do serviço, porém a discussão dessa temática ainda é limitada no âmbito da saúde mental. **Objetivo geral:** Implantar a gestão de risco na segurança do paciente em hospital de referência em saúde mental. **Objetivos específicos:** Identificar fatores de risco que influenciam na segurança do paciente com transtorno mental; elaborar protocolos de segurança do paciente; construir o diagrama da gestão de risco e eventos monitorados na segurança do paciente com transtorno mental; elaborar uma Proposta textual de software para gestão interna de notificações de incidentes. **Metodologia:** Utilizou-se a pesquisa-ação, de abordagem qualitativa. Os participantes foram os 13 membros da equipe multidisciplinar responsáveis pela assistência aos pacientes com transtorno mental. A coleta de dados ocorreu no período de 03 de outubro de 2016 a 27 de março de 2017. Os 13 participantes foram divididos em dois grupos. Cada grupo participou de 8 encontros, além do encontro de encerramento que foi realizado em um único evento com todos os participantes. **Resultados:** A partir da análise do corpus textual dos encontros, obteve-se 03 categorias: Construção dos protocolos; Elaboração de diagrama e da Proposta textual de software para gestão interna de notificações de incidentes e A pesquisa-ação como estratégia coletiva para organização da gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental. **Produto:** Foram desenvolvidos três produtos: diagrama em árvore da gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental; Protocolos de Segurança do Paciente com Transtorno Mental,, tecnologia gerencial constituída por sete protocolos; proposta textual de software para gestão interna de notificações de incidentes. **Conclusão:** As ferramentas gerenciais foram elaboradas com a participação efetiva e integral de toda a equipe multidisciplinar. Além do alcance dos objetivos, ressalta-se que ocorreram algumas mudanças na instituição do estudo. A mais notória foi a criação e nomeação oficial do Núcleo de Segurança do Paciente e o convite à pesquisadora para assumir a presidência deste serviço. Desta maneira, estima-se que a pesquisa iniciou um processo de mudança de cultura institucional referente à Segurança do Paciente. Para a assistência em enfermagem na saúde mental, os resultados deste estudo oferecem uma linha de base para que o cuidado seja oferecido com qualidade, assegurando ao profissional uma padronização das ações fundamentada nos princípios de segurança do paciente. Finalmente, este estudo reafirma a necessidade de discussão científica sobre a saúde mental e o cuidado seguro, o envolvimento de toda a equipe no desenvolvimento de práticas e na efetivação da gestão de riscos à segurança do paciente com transtorno mental.

Descritores: Segurança do Paciente; Transtornos Mentais; Gestão de Riscos.

VANTIL, Fernanda Cordeiro Sirtoli. **Risk management in the safety of patients with mental disorders.** Master's Degree in Nursing, Federal University of Espírito Santo. 2017.

ABSTRACT

Introduction: Risk management is an integral part of all organizational processes, and occurs simultaneously with the institution's activities. When referring to health care, Patient Safety is an essential axis of quality of service, but the discussion of this issue is still limited in the area of mental health. **General objective:** To implement risk management in patient safety at a reference hospital in mental health. **Specific objectives:** Identify risk factors that influence the safety of patients with mental disorders; develop patient safety protocols; construct the risk management diagram and monitored events in the safety of patients with mental disorders; to develop a textual proposal for software for internal management of incident reports. **Methodology:** It was used the action research, of qualitative approach. Participants were the 13 members of the multidisciplinary team responsible for assisting patients with mental disorders. Data collection took place from October 3, 2016 to March 27, 2017. The 13 participants were divided into two groups. Each group participated in 8 meetings, in addition to the closing meeting that was held in a single event with all participants. **Results:** From the analysis of the textual corpus of the meetings, we obtained 03 categories: Construction of the protocols; Diagram and textual design of software for internal management of incident reports and action research as a collective strategy for the organization of risk management in the safety of patients with mental disorders. **Product:** Three products were developed: tree diagram of risk management in the safety of patients with mental disorders; Patient Safety Protocols with Mental Disorder, management technology consisting of seven protocols; textual proposal of software for internal management of incident notifications. **Conclusion:** The management tools were elaborated with the effective and integral participation of all the multidisciplinary team. In addition to achieving the objectives, it is noteworthy that some changes occurred in the institution of the study. The most notable was the creation and official appointment of the Patient Safety Center and the invitation to the researcher to assume the presidency of this service. In this way, it is estimated that the research started a process of institutional culture change regarding Patient Safety. For nursing care in mental health, the results of this study provide a baseline for care to be offered with quality, assuring to the professional a standardization of actions based on the principles of patient safety. Finally, this study reaffirms the need for a scientific discussion about mental health and safe care, the involvement of all the team in the development of practices and the effective management of risks to the safety of patients with mental disorders.

Keywords: Patient Safety; Mental Disorders; Risk Management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Exemplo de um diagrama em árvore	26
Figura 2	Etapas para elaboração de um Protocolo de organização dos serviços	29
Figura 3	Gestão de risco na segurança do paciente	30
Figura 4	Tipos de incidente	31
Figura 5	Esquema sobre o processo da Análise de dados	43
Figura 6	Modelo de quadro síntese de descrição do desenvolvimento dos seminários.....	46
Figura 7	Fases da pesquisa ação	47
Figura 8	Produto 1: Diagrama em Árvore da Gestão de Risco na Segurança do Paciente com Transtorno Mental.....	52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Dimensões da Qualidade.....	20
Quadro 2	Processo de avaliação de riscos	25
Quadro 3	Classificação de protocolos quanto à sua natureza	28
Quadro 4	Características de pacientes com transtorno mental	34
Quadro 5	Componentes da RAPS da Região Metropolitana do Espírito Santo	36

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CNQPS	Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde
EUA	Estados Unidos da América
HEAC	Hospital Estadual de Atenção Clínica
ICPS	Classificação Internacional de Segurança do Paciente - International Classification for Patient Safety
IOM	Instituto de Medicina – Institute of Medicine
JCAHO	Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais - Joint Commission on Accreditation of Hospitals
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBQP	Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SHR-ad	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UR	Unidades de Registro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1	QUALIDADE: CONTEXTO HISTÓRICO	17
2.2	SEGURANÇA DO PACIENTE	20
2.2.1	Segurança do paciente no cenário brasileiro	22
2.3	GESTÃO DE RISCOS	24
2.3.1	Ferramentas Gerenciais e Protocolos	25
2.4	QUALIDADE, GESTÃO DE RISCOS E SEGURANÇA DO PACIENTE	29
2.4.1	Investigação de incidentes de segurança do cliente relacionados à assistência à saúde	31
2.5	A SAÚDE MENTAL E AS CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	32
2.6	A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA REGIÃO METROPOLITANA DO ESPÍRITO SANTO	35
3	OBJETIVOS	37
3.1	OBJETIVO GERAL	38
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
4	METODOLOGIA	39
4.1	TIPO DE ESTUDO	40
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO	40
4.3	COLABORADORES DA PESQUISA	41
4.4	ANÁLISE DOS DADOS	41
4.5	DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA E COLETA DOS DADOS	43
4.5.1	Instrumentos de coleta dos dados	48
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	48
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
5.1	PRODUTO 1	50
5.2	PRODUTO 2	53
5.3	PRODUTO 3	56
5.4	ARTIGO 1	59
5.5	ARTIGO 2	80
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
	REFERÊNCIAS	96
	ANEXOS	104
	APÊNDICES	110

1 INTRODUÇÃO

Atualmente sou enfermeira do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC), antigo Hospital Adauto Botelho. O ingresso nesse serviço ocorreu após aprovação no concurso público estadual da Secretaria de Saúde, e a escolha pela instituição, pelo interesse em atuar na saúde mental. O HEAC possui 113 leitos, dos quais ainda 74 são para pacientes psiquiátricos e 39 são destinados à atenção clínica. Esse público com transtorno mental apresenta particularidades que exigem condutas diferenciadas para a garantia da qualidade da assistência prestada, que, apesar da grande dedicação da equipe, algumas vezes, expõe tais sujeitos a riscos em sua segurança decorrentes de sua condição psíquica.

Enquanto pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), com a vivência em um hospital de referência em saúde mental, a identificação de riscos à segurança do paciente com transtorno mental, a inquietação e interesse da equipe multiprofissional da instituição no desenvolvimento de estratégias para o manejo de situações que envolvem a segurança do paciente, bem como a necessidade de estudar acerca da segurança do paciente psiquiátrico em instituições de saúde, decidi por pesquisar e implementar a gestão de riscos na segurança do paciente no HEAC.

A gestão de riscos possui uma abordagem sistemática, estruturada e oportuna, com a finalidade de auxiliar os tomadores de decisão a fazer escolhas conscientes, priorizar ações e distinguir entre formas alternativas de ação (ABNT, 2009).

Enfatiza-se que a gestão de riscos é parte integrante de todos os processos das organizações, e ocorre simultaneamente às atividades da instituição, inclusive com o planejamento estratégico e todos os processos de gestão de projetos e de gestão de mudanças. O risco é uma incerteza do processo, e deve ser gerenciado para que os processos de tomada de decisão ocorram e alcancem o objetivo, que é a qualidade em qualquer que seja a área em que a organização esteja inserida (ABNT, 2009).

Em consonância com essa ideia, Hinrichsen *et al.* (2011) afirmam que, para se prevenir riscos, é necessário planejamento para a identificação e a análise da situação em que o evento surge, para que ações preventivas possam ser

desenvolvidas sistematicamente, determinando a diminuição de riscos e a melhoria da qualidade.

Ao se referir à assistência em saúde, a segurança do paciente é um eixo essencial da qualidade do serviço, é universalmente definida como a assistência de saúde ao paciente livre de danos decorrentes de iatrogenias (WHO, 2013).

As taxas de morbidade e mortalidade sofrem grandes influências por ocorrência de eventos adversos. Esses incidentes aumentam os gastos com a saúde, uma vez que a hospitalização é prolongada, e o quadro do paciente torna-se mais complexo (GOUVEA; TRAVASSOS, 2010).

No Brasil, diversos dispositivos legais estabelecem a política de segurança do paciente, sendo os principais: Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde; Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 do Ministério da Saúde, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente; RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 da ANVISA, que constitui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências, inclusive estabelece a constituição de Núcleo de Segurança do Paciente (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Com o objetivo de conhecer a produção científica sobre a temática segurança do paciente com transtorno mental, realizou-se uma revisão integrativa da literatura em novembro de 2014 e atualizada entre os meses de outubro e novembro de 2016, através dos artigos científicos extraídos das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), com os descritores “hospital psiquiátrico” e “segurança do paciente”, nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados no período de 2006 a 2016. Os critérios para a inclusão dos artigos foram: possuir texto disponível e abordar, no resumo, a temática segurança do paciente com transtorno mental. Foram encontrados 112 artigos, dos quais foram excluídos 04, por estarem repetidos, e 12, pois não tinham texto disponível, restando 96 artigos com texto disponível. Desse total, apenas 01 artigo foi selecionado por abordar a temática segurança do paciente com transtorno mental.

O artigo, encontrado na base de dados MEDLINE, foi publicado em 2013, no idioma inglês. O estudo foi realizado entre os anos 2007 e 2008, na Suíça. Trata-se de um artigo original, que visa fornecer uma visão geral dos riscos clínicos e práticas de gestão relacionadas em saúde mental, e enfatizou que, apesar da contemporânea discussão sobre a segurança do paciente, a pesquisa sobre o assunto é limitada no âmbito da saúde mental (BRINER; MANSE, 2013).

Para Briner e Manse (2013), devido à ausência de princípios de segurança do paciente específicos para a assistência em saúde mental, conceitos e estratégias de cuidados clínicos são frequentemente adotados, o que pode ser apropriado para alguns aspectos. Porém, os cuidados ao paciente com transtorno mental diferem do cuidado ao paciente clínico, pois existem questões exclusivas da assistência em saúde mental. Embora os riscos clínicos, como, por exemplo, aqueles relacionados à medicação, sejam encontrados nos cuidados ao paciente clínico e no paciente com transtorno mental, na saúde mental prevalecem riscos específicos, como o de suicídio, violência e autoagressão.

Tendo em vista a necessidade de estudos sobre a segurança do paciente com transtorno mental e a experiência em um hospital de referência em saúde mental, questionou-se: Como desenvolver estratégias para implantação da gestão de riscos na segurança do paciente em hospital de referência em saúde mental?

Nesse sentido, justifica-se a realização deste estudo mediante a relevância de pesquisas sobre a gestão dos riscos à segurança do paciente com transtorno mental e, conseqüentemente, a melhoria na qualidade da assistência prestada a esse público.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 QUALIDADE: CONTEXTO HISTÓRICO

No último século, devido ao grande desenvolvimento da tecnologia, o tema qualidade foi muito discutido e estudado. Historicamente, há uma constante busca, inerente ao ser humano, pela qualidade e nota-se a evolução dos esforços do homem contra a imperfeição em todas as áreas (VIEIRA, 2011).

A atenção gerencial voltada à qualidade é observada desde o início das atividades manufatureiras, de caráter artesanal, nas quais a inspeção era realizada com o propósito de evitar falhas no produto final. Com a evolução das atividades artesanais para a produção em larga escala, no início do século XX, o processo de trabalho era voltado para a alta produtividade e uniformidade do bem produzido, introduzindo a administração científica, para medição, controle estatístico por amostragem e, conseqüente, controle de qualidade (ROCHA *et al.*, 2013).

Os estudos sobre qualidade tiveram seu apogeu na indústria japonesa, após a segunda guerra mundial, devido à necessidade de reconstrução do país. Vários teóricos como Crosby, Deming, Juran, Ishikawa e Taguchi desenvolveram conceitos, métodos e técnicas para sistematizar a qualidade da produção. Essa busca pela melhora contínua alcançou outras áreas de atuação, além da industrial (CARVALHO, 2012).

A identificação e a constatação de que o cuidado com a qualidade influencia na condição de saúde do paciente não é algo contemporâneo. Lopes e Santos (2010) explanam que Florence Nightingale, no século XIX, desenvolveu a organização dos hospitais de campanha na Guerra da Criméia. Baseada em dados de mortalidade e de infecção dos soldados britânicos, Florence reestruturou as medidas de higiene e organização hospitalar, reduziu as taxas de óbitos e, conseqüentemente, subsidiou a melhoria da qualidade da assistência. Diversos de seus ensinamentos ainda são válidos atualmente.

No início do século XX, nos Estados Unidos da América (EUA), alguns estudiosos, como Flexner, Codman e médicos do Colégio Americano de Cirurgiões, criaram documentos, como o Relatório Flexner, e adotaram medidas para melhorar os

cuidados em hospitais e faculdades de medicina. Em 1917, o Colégio Americano de Cirurgiões publicou os “Padrões Mínimos Hospitalares”, que elencava critérios que deveriam ser observados para um cuidado de qualidade. Esse documento é fundamento para a estratégia de avaliação dos serviços de saúde conhecida como acreditação, uma modalidade de avaliação praticada e reconhecida internacionalmente. Em 1952, ainda nos EUA, foi criada a Joint Commission on Accreditation of Hospitals (Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais, JCAHO), marco para o desenvolvimento da qualidade (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2011; VIANA, 2011).

No cenário brasileiro, o desenvolvimento do primeiro estudo sobre qualidade dos serviços hospitalares ocorreu em 1935, realizado pelo médico Odair Pedroso, o qual utilizava a Ficha de Inquérito Hospitalar, que especificava como deveria ser a organização de uma instituição hospitalar naquela época (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2011).

Nos anos 90, a acreditação emergiu como estratégia para melhoria da qualidade da assistência hospitalar. Em 1994, o Ministério da Saúde difundiu o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP) e a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde (CNQPS). Em 2005, o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) foi lançado como instrumento de avaliação vinculado ao repasse de verbas aos gestores locais. Todavia, apesar dos esforços, a acreditação no país ainda tem muito a avançar (ANVISA, 2013a).

Essa nova política de qualidade assistencial foi embasada nos conceitos de Avedis Donabedian, médico pediatra armênio, considerado como o principal estudioso em gestão de qualidade (MACHADO, *et al.*, 2013).

Para Donabedian:

Cuidado de boa qualidade é aquele que proporciona ao paciente o bem estar máximo e mais completo, após ter sido considerado o equilíbrio previsto entre ganhos (benefícios) e perdas (danos) que acompanham o processo de cuidado em toda a sua extensão. [...] a boa qualidade é aquela que produz, dado um volume específico de recursos para os cuidados de saúde, os melhores resultados de saúde (entre benefícios e danos) para a população como um todo (1980b, p.64).

O conceito de qualidade defendido pelo estudioso é pautado em sete pilares: eficácia; efetividade; eficiência; otimização; aceitabilidade; legitimidade; e equidade (DONABEDIAN, 1980b).

Avedis Donabedian contribuiu com o modelo de avaliação da qualidade fundamentado em uma tríade com os componentes: estrutura, processo e resultado, baseada na teoria de sistemas, a qual foi adequada à realidade hospitalar (ASSIS; ALVES; SANTOS, 2016).

Estrutura corresponde aos aspectos relacionados à área física, recursos humanos, recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e características organizacionais. Processo refere-se à prestação da assistência de acordo com os padrões científicos. Resultado corresponde às consequências das atividades realizadas no serviço, estando neste componente a satisfação do usuário (DONABEDIAN, 1980a).

Nesse sentido, para Caldanha *et al* (2011), esse processo de avaliação é necessário para a tomada de decisão, aprimoramento da administração hospitalar e adoção de novas práticas que culminem no melhor resultado para o usuário assistido. Os autores ainda enfatizam que, para a avaliação, é indispensável o uso de indicadores.

Os indicadores de qualidade são instrumentos gerenciais, que embasam as decisões, pois permitem monitoramento e identificação de situações oportunas para melhoria do serviço prestado (CAVALCANTE *et al.*, 2011).

Ressalta-se que a qualidade não depende apenas de um fator, mas de um conjunto de atributos ou dimensões, que variam de acordo com o objetivo da instituição (CAVALCANTE *et al.*, 2011).

O Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América criou um grupo de dimensões, posteriormente adaptado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que embasava a construção de indicadores de saúde (IOM, 2001; WHO, 2010). O Quadro 1 sintetiza o grupo de dimensões.

Quadro 1: Dimensões da Qualidade.

1. Segurança	Ausência de lesões devido à assistência à saúde que supostamente deve ser benéfica. Sistemas de saúde seguros diminuem o risco de dano aos pacientes.
2. Efetividade	Prestação de serviços baseados no conhecimento científico a todos os que podem beneficiar-se destes, e evitar prestar serviços àqueles que provavelmente não se beneficiarão (evitar a infra e supra utilização, respectivamente).
3. Atenção centrada no paciente	Envolve o respeitar o paciente, considerando suas preferências individuais, necessidades e valores, assegurando que a tomada de decisão clínica se guiará por tais valores.
4. Oportunidade/ Acesso (interno e externo)	Redução das esperas e atrasos, às vezes prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam a assistência à saúde.
5. Eficiência	Prevenção do desperdício de equipamentos, suprimentos, ideias e energias.
6. Equidade	Prestação de serviços que não variam a qualidade segundo as características pessoais, tais como gênero, etnia, localização geográfica e status socioeconômico.

Fonte: [Adaptado]. IOM, 2001; WHO, 2010.

2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE

O cuidado seguro, há quase dois mil anos, já fora mencionado por Hipócrates, quando afirmava “antes de tudo, não causar danos”; e, séculos após, por Florence Nightingale, com a prevenção de infecções e a redução da mortalidade de soldados. Apesar disso, a percepção e a discussão sobre a gravidade da insegurança e dos danos causados por erros na assistência foram fortalecidas com a publicação do relatório “Errar é Humano”, do Institute of Medicine (Instituto de Medicina, IOM) dos EUA, em 1999, que visava quebrar o ciclo de passividade em relação aos erros realizados pelos profissionais de saúde (SOUSA; MENDES, 2014).

Conforme Wachter (2014), os dados desse documento estimaram que entre 44 mil e 98 mil americanos morreram anualmente, de acordo com revisão em prontuários, vítimas de erros relacionados aos cuidados em saúde. A partir da constatação desse fato, a segurança do paciente tornou-se um tema de discussão internacional, sendo considerada uma dimensão essencial da qualidade em saúde. Em 2013, com o objetivo de atualizar esses números, foi realizado um estudo nos EUA que demonstrou que a estimativa de mortes prematuras associadas a danos evitáveis decorrentes do cuidado hospitalar estaria entre 210.000 e 400.000 americanos por ano.

As falhas ou erros devem ser conhecidos para o planejamento e gestão dos riscos. A cultura de segurança é essencial para que a instituição alcance a qualidade na segurança do paciente. O profissional deve ter o comprometimento de atuar visando o paciente e a sua segurança. A cultura punitiva, o medo de sofrer represália por notificar um erro, não deve existir, permitindo, nesse contexto, a detecção de falhas e a consequente melhoria do processo (FERMO; RADÜNZ; ROSA; MARINHO, 2016).

Em 2004, a OMS lançou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, com os objetivos de definir e identificar prioridades na área da segurança do paciente em âmbito global e estabelecer uma agenda mundial referente ao tema (REIS *et al.*, 2013).

A Aliança Mundial oportunizou a criação da International Classification for Patient Safety (Classificação Internacional de Segurança do Paciente, ICPS), com 48 conceitos relevantes à compreensão da segurança do paciente. Os principais termos e conceitos da ICPS são apresentados abaixo.

Segurança do paciente: redução do risco de danos desnecessários associados com cuidados de saúde a um nível mínimo aceitável;

Perigo: uma circunstância, agente ou ação com potencial para causar dano.

Circunstância: uma situação ou fator ligado que pode influenciar um evento, agente ou pessoa.

Evento: ocorrência que aconteceu a ou que afeta um doente.

Dano associado aos cuidados de saúde: dano resultante ou que está associado a planos ou ações tomadas durante a prestação de cuidados de saúde, e não a uma doença ou lesão subjacente.

Incidente de segurança do doente: é um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente.

Erro: falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano.

Risco: probabilidade de ocorrência de um incidente.

Ocorrência comunicável: é uma situação com potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente.

Quase evento (*near miss*): um incidente que não alcançou o doente.

Evento sem dano: um incidente em que um evento chegou ao doente mas não resultou em danos discerníveis.

Incidente com dano (evento adverso): um incidente que resulta em dano para o doente.

Dano: prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante. Inclui doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte.

Fator contribuinte: circunstância, ação ou influência que se pensa ter desempenhado um papel na origem ou desenvolvimento de um incidente, ou em aumentar o risco de acontecer um incidente.

Características do doente: determinados atributos de um doente.

Fatores atenuantes do dano: ação ou circunstância que previne ou modera a progressão de um incidente que causará dano a um doente.

Consequência para o doente: o impacto sobre um doente que é total ou parcialmente atribuível a um incidente.

Consequência organizacional: o impacto sobre uma organização, total ou parcialmente atribuído a um incidente.

Análise da causa raiz: um processo sistemático iterativo por meio do qual os fatores que contribuem para um incidente são identificados, reconstruindo a sequência de acontecimentos e repetindo “por quê” até que sejam esclarecidas as causas raiz subjacentes (PROQUALIS, 2011, p.33).

2.2.1 Segurança do paciente no cenário brasileiro

A OMS, em 2004, apresentou, por meio da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e os Desafios Globais, as orientações acerca de ações que ajudem a evitar riscos para o paciente e as diretrizes para implantação de medidas para o cuidado seguro (WHO, 2008).

No Brasil, a OMS trabalha esse tema juntamente com a ANVISA (2013a). A política brasileira de segurança do paciente é estabelecida por dispositivos legais, que serão mencionados a seguir.

Conforme foi estabelecido na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011 da MS/ANVISA, o Serviço de Saúde deve criar mecanismos e estratégias que possibilitem estruturar uma política de qualidade, além de definir ainda que a garantia da qualidade seja utilizada como ferramenta para o gerenciamento (BRASIL, 2011). A Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, teve por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013a). No cenário brasileiro, tornou-se obrigatória a constituição de Núcleo de Segurança do Paciente, através da RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 da MS/ANVISA, a qual instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde (BRASIL, 2013b).

Estratégias e ações de gestão de risco devem ser estabelecidas no Plano de Segurança do Paciente para identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática. A implementação de protocolos mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde objetiva a prevenção e controle de eventos adversos mais comuns em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde (BRASIL, 2013b).

Através da Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013, que aprovou os Protocolos de Segurança do Paciente, que estabeleceu os protocolos de Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos e Úlcera por Pressão¹, e, mais tarde, com a Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, Protocolo de Prevenção de Quedas; o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos, devem ser implantados nos serviços de saúde com adequações à realidade local (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d).

¹ *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)* em 13 de abril de 2016, anunciou a mudança na terminologia Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão (SOBEST, 2016).

2.3 GESTÃO DE RISCOS

Independente do tipo ou do tamanho das organizações ou instituições, há o enfrentamento de fatores internos e externos e influências que não garantem se e quando elas atingirão os seus objetivos. O efeito que essa incerteza tem sobre os objetivos da organização é chamado de risco (ABNT, 2009).

No mesmo sentido, conceitua-se risco como a probabilidade e o potencial de algo ou perda ocorrer. Nas atividades desenvolvidas pelo ser humano, há um potencial para a geração do risco. Não é possível o conhecimento e ou a eliminação de todos os riscos, e devido a isso, a gestão de riscos torna-se relevante (BARROS, 2015).

Conforme a Norma Brasileira ISO 31000:2009, que normatiza a Gestão de Riscos, conceitua-se essa gestão como a sistematização e aplicação de políticas, procedimentos e práticas para identificação, análise, avaliação, tratamento, monitoramento e análise crítica dos riscos. A participação de toda a equipe é necessária, desde gestores a executores das atividades, pois assegura que a gestão de riscos alcance a problemática local, de ângulos e posições estratégicas (ABNT, 2009).

Nesse sentido, é possível entender a gestão de risco como um processo no qual tenta-se conhecer os riscos aos quais há exposição e, então, avançar para a tomada de decisão sobre o que fazer com relação a eles. Tais medidas podem objetivar eliminá-los, reduzi-los ou até mesmo aceitá-los como parte das atividades. É típico do ser humano fazer essa gestão de risco em sua vida cotidiana, porém, quando o cenário é uma instituição, uma abordagem mais estruturada é necessária (BARROS, 2015).

Essa gestão de riscos pode ser aplicada de várias formas: em toda a organização, por áreas ou níveis, a qualquer momento, bem como através de projetos, funções e atividades específicos (ABNT, 2009).

No Quadro 2 são apresentadas as etapas do processo de avaliação de riscos.

Quadro 2 - Processo de avaliação de riscos.

Etapas	Características
Identificação de riscos	<p>A finalidade desta etapa é gerar uma lista abrangente de riscos baseada nestes eventos que possam criar, aumentar, evitar, reduzir, acelerar ou atrasar a realização dos objetivos.</p> <p>Informações pertinente e atualizadas são importantes na identificação de riscos. Convém que incluam informações adequadas sobre os fatos por trás dos acontecimentos, sempre que possível. Convém que pessoas com um conhecimento adequado sejam envolvidas na identificação dos riscos.</p>
Análise de riscos	<p>A análise de riscos fornece uma entrada para a avaliação de riscos e para as decisões sobre a necessidade dos riscos serem tratados, e sobre as estratégias e métodos mais adequados de tratamento de riscos.</p> <p>A análise de riscos envolve a apreciação das causas e as fontes de risco, suas consequências positivas e negativas, e a probabilidade de que essas consequências possam ocorrer.</p>
Avaliação de riscos	<p>A finalidade da avaliação de riscos é auxiliar na tomada de decisões com base nos resultados da análise de riscos, sobre quais riscos necessitam de tratamento e a prioridade para a implementação do tratamento.</p>
Tratamento de riscos	<p>O tratamento de riscos envolve a seleção de uma ou mais opções para modificar os riscos e a implementação dessas opções. Uma vez implementado, o tratamento fornece novos controles ou modifica os existentes.</p> <p>Tratar riscos envolve um processo cíclico composto por: avaliação do tratamento de riscos já realizado; decisão se os níveis de risco residual são toleráveis; se não forem toleráveis, a definição e implementação de um novo tratamento para os riscos; e avaliação da eficácia desse tratamento.</p>

Fonte: ABNT, 2009, p. 17-20.

2.3.1 Ferramentas Gerenciais e Protocolos

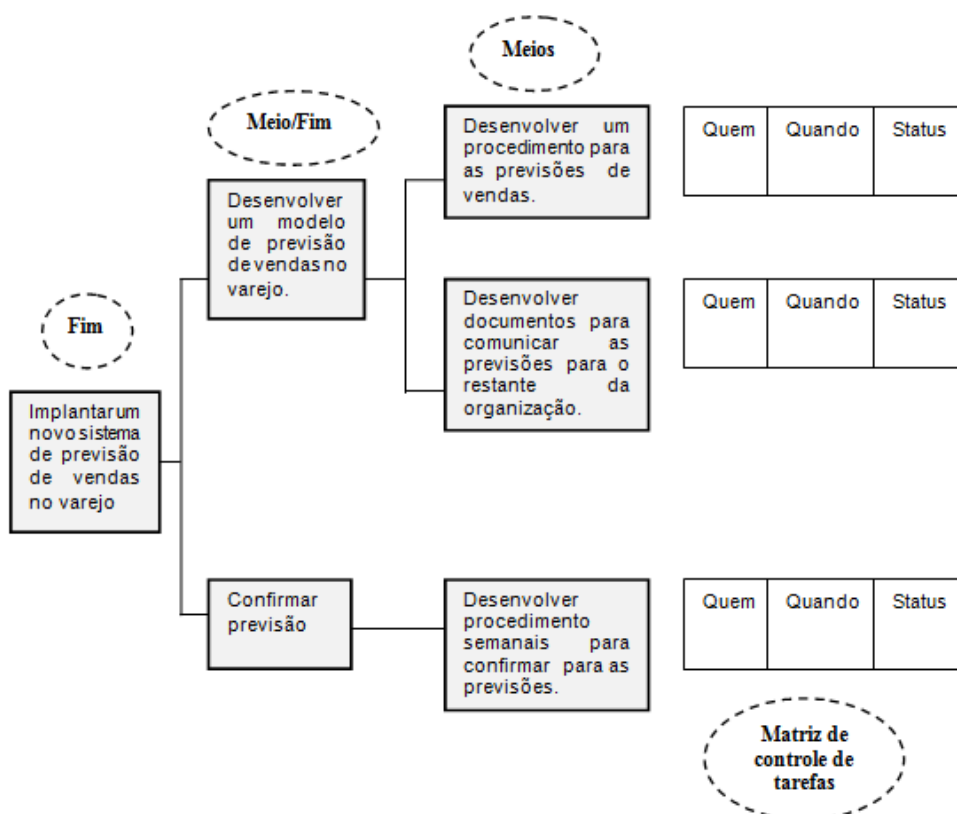
Para a que a gestão de riscos seja implantada, a Norma Brasileira ISO 31000:2009 estabelece que alguns aspectos sejam considerados, entre eles o uso de ferramentas para gerenciar riscos (ABNT, 2009).

Diversas ferramentas gerenciais podem contribuir no processo de gerenciamento e qualidade: Diagrama de afinidade; Diagrama de relações; Diagrama em árvore; Matriz de decisão; Estratificação; Diagrama de processo decisório; Matriz de

relações; Folha de verificação; Gráficos; Diagrama de causa e efeito; Histograma; Diagrama de dispersão; Fluxograma; Brainstorming; 5W1H; PDCA, entre outros (CESAR, 2011; CESAR, 2013).

Devido à natureza e aos objetivos desta pesquisa, destaca-se, entre as ferramentas gerenciais, o diagrama em árvore, que permite identificar com detalhes ou desdobramentos de uma ação os problemas a serem estudados. Seu objetivo é demonstrar as etapas de ações e metas que devem ser cumpridas para o alcance do objetivo primário. Seu nome, “em árvore”, é explicado pelo fato de sua estrutura ter ramificações, que se desdobram desde o objetivo (ou fim) até as tarefas (ou meios) que serão desenvolvidas. Para um planejamento ainda mais detalhado, sugere-se a criação de uma matriz para controle em cada tarefa, com os itens; quem, quando e *status* (CESAR, 2013). A Figura 1 demonstra um exemplo de diagrama em árvore.

Figura 1: Exemplo de um diagrama em árvore.



Fonte: CESAR, 2013. p. 33.

Nesse contexto, outro importante instrumento para gestão são os protocolos. Estes são um conjunto de regras, normas ou padrões, com o objetivo de padronizar uma conduta com a finalidade de facilitar o gerenciamento das ações (HEBLING *et al.*, 2010).

O uso dos protocolos permite maior segurança aos usuários e aos profissionais, melhor direcionamento dos profissionais para a tomada de decisão e incorporação de novas tecnologias, minimização da variabilidade de ações de cuidado, inovação do cuidado, uso racional dos recursos disponíveis e consequente transparência e controle dos custos. Além disso, os protocolos facilitam o desenvolvimento e o monitoramento de indicadores e a qualidade do processo (CORENSP, 2012).

Corroborando com essa ideia, Wernek, Faria e Campos afirmam que:

É importante salientar que os protocolos, por seguirem as diretrizes do SUS, não são neutros e exercem marcada influência na construção do modelo de atenção. São estratégias fundamentais, tanto no processo de planejamento, implementação e avaliação das ações, quanto na padronização das ações e do processo de trabalho. Dessa forma, podem ser considerados elementos importantes para a obtenção de qualidade dos serviços. Os protocolos apresentam limites. Por isso, embora alicerçados em referências científicas e tecnológicas, não devem ser tomados para além de sua real dimensão. Sua utilização, desprovida de avaliação, de acompanhamento gerencial sistemático e revisões científicas periódicas, constitui significativo risco de se produzir um processo de trabalho pobre e desestimulante, em que planejamento e avaliação não acontecem e em que, para gestores e trabalhadores, não há lugar para a renovação e a inovação (WERNEK; FARIA; CAMPOS, 2009, p. 13).

Os protocolos podem ser clínicos e/ou de organização dos serviços, quando classificados segundo a sua natureza (WERNEK; FARIA; CAMPOS, 2009) (Quadro 3). Nesta pesquisa, serão elaborados protocolos de organização dos serviços.

Quadro 3 - Classificação de protocolos quanto à sua natureza.

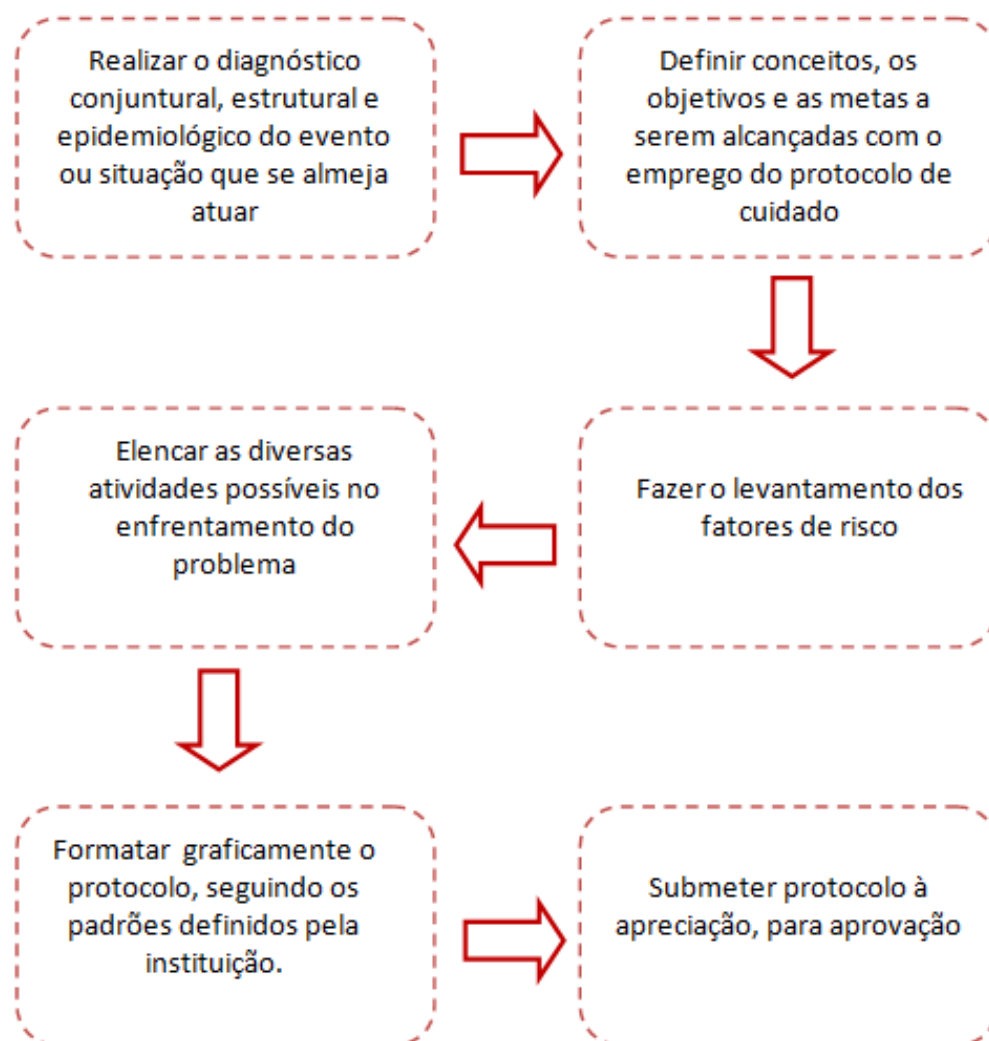
Natureza do protocolo	Definição
Protocolos clínicos	São instrumentos direcionadores da atenção à saúde dos usuários, apresentando características voltadas para a clínica, as ações preventivas, promocionais e educativas.
Protocolos de organização dos serviços	São instrumentos a serviço da gestão dos serviços, abrangendo a organização do trabalho em uma unidade e no território, os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços, local e em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção (marcação de consultas, referência e contrarreferência) e com outras instituições sociais, quando for o caso.

Fonte: [Adaptado] WERNEK; FARIA; CAMPOS, 2009, p. 11-15.

O processo de construção de protocolo (Figura 2) deve ser planejado, com adaptação da realidade local. É necessário que os protocolos tenham boa qualidade formal, fácil leitura, sequência lógica, com conteúdo baseado em evidências científicas e com validação pelos profissionais que utilizarão o esse instrumento (CORENSP, 2012).

Para a elaboração de um protocolo, é necessário o trabalho em equipe, bem como o conhecimento da população que será assistida e os recursos disponíveis. A seguir, deve-se adequar à realidade do território, conhecer as formas de organização da sociedade local ou, no caso hospitalar, da instituição, definir as prioridades, necessidades, conhecer o perfil epidemiológico dos eventos e situações que se almeja padronizar com os protocolos, inclusive reconhecer as áreas de riscos e quem está mais exposto a esses riscos (WERNEK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Figura 2: Etapas para elaboração de um Protocolo de organização dos serviços.



Fonte: [Adaptado] WERNEK; FARIA; CAMPOS, 2009, p. 68-70; HEBLING *et al*, 2010, p. 1070-1072.

2.4 QUALIDADE, GESTÃO DE RISCOS E SEGURANÇA DO PACIENTE

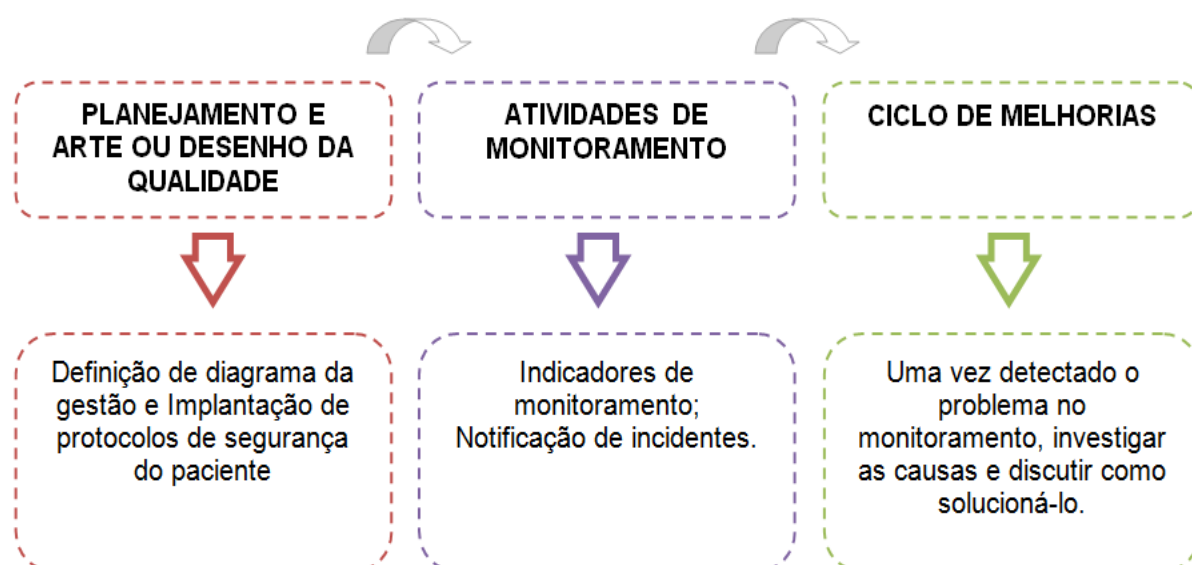
Como citado anteriormente, a segurança é uma dimensão da qualidade em serviços de saúde. Segurança e qualidade são indissociáveis, haja vista que o serviço que diminui a um mínimo possível o risco de dano ao paciente consequentemente eleva a qualidade da sua assistência (ANVISA, 2013a).

Fernandes, Tourinho e Souza (2014) explicam que, na segurança do paciente, a gestão de risco objetiva a precoce identificação de riscos potenciais e,

consequentemente, diminuir ou eliminar efeitos adversos decorrentes do atendimento em saúde. Afirma ainda que deve haver garantias por parte do gestor de risco para que se realize a prevenção, a detecção, o registro e a correção de deficiências, sendo necessária a inserção de estratégias para a mudança na cultura de detecção das falhas, subsidiando os profissionais na prevenção de erros através de medidas que garantam a qualidade dos processos executados.

Quando relacionam-se qualidade, gestão de risco e segurança do paciente, enfatiza-se a efetivação de: atividades de monitoramento (visando detectar problemas e controlar a manutenção de melhorias conseguidas pelas ações já implementadas); ciclo de melhorias (ampliação e desenvolvimento de soluções os problemas de segurança); e planejamento e arte ou desenho da qualidade (processos e fluxos para a implantação da gestão) (ANVISA, 2013a).

Na Figura 3 são apresentadas as atividades de gestão de risco com exemplos de ações desenvolvidas.



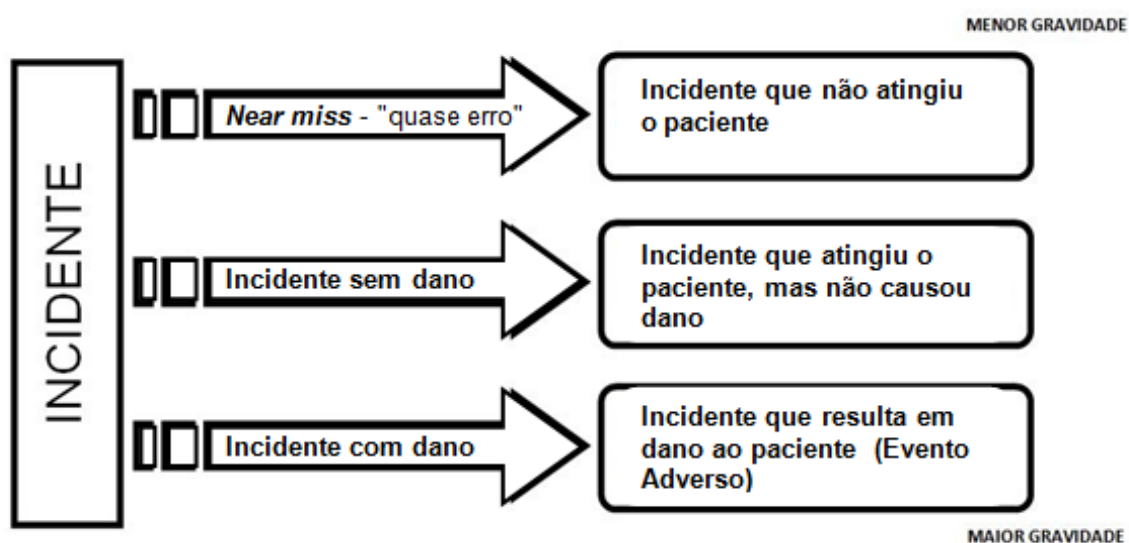
Fonte: [Adaptado] ANVISA (2013a), p. 35; ANVISA (2013b), p. 11.

2.4.1 Investigação de incidentes de segurança do cliente relacionados à assistência à saúde

A detecção de incidentes relacionados ao cuidado em saúde é um processo que direciona o planejamento e as atividades voltadas à garantia da segurança do paciente. Nesse sentido, entende-se que a monitorização dos incidentes são indispensáveis para a garantia de segurança, pois permite que os riscos sejam percebidos e trabalhados, evitando o resultado negativo como sequelas ou até mesmo a morte (FERNANDES; TOURINHO; SOUZA, 2014).

Na Figura 4, são apresentados os tipos de incidentes que devem ser notificados, baseado nos conceitos da ICPS.

Figura 4: Tipos de incidente.



Fonte: [Adaptado] PROQUALIS, 2011, p. 22.

Com a notificação de incidentes, é possível a criação de indicadores para o monitoramento da qualidade da segurança do paciente (RAMOS; TRINDADE, 2011). Por sua vez, esse indicador é uma medida, um valor, que deve ser

mensurável e objetivo, e permite o conhecimento estatístico de um dado que se deseja acompanhar (SIMÕES; SILVA, 2009).

Quando identificados os problemas, a investigação sobre os aspectos e circunstâncias do incidente deve ser realizada, a fim de detectar as falhas e propor medidas e ações para prevenção de novos incidentes. Ressalta-se que o estímulo à cultura de segurança, cujo objetivo não é encontrar um profissional culpado, é o diferencial para que as notificações sejam efetivadas, tendo em vista que o sujeito notificador, em sua maioria, é o profissional (RAMOS; TRINDADE, 2011; ANVISA, 2013a; ANVISA, 2013b).

O Ministério da Saúde, em suas diversas publicações, menciona os principais eventos adversos que ocorrem nos hospitais com perfil de atenção clínica geral, quais sejam: infecções relacionadas à assistência à saúde; eventos de medicação; úlceras por pressão; quedas; e erros de identificação de pacientes. Porém, quando a assistência é especializada, esses eventos adversos tornam-se específicos daquele tipo de instituição, uma vez que os fatores contribuintes do perfil de paciente atendido também são específicos. Como exemplo, citam-se os pacientes psiquiátricos, que possuem características que os podem predispor a determinados eventos adversos (ANVISA, 2013b; ESTRELA; LOYOLA, 2014).

2.5 A SAÚDE MENTAL E AS CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL

Após a reforma psiquiátrica ocorrida na década de 90, a saúde mental, anteriormente tratada de forma hospitalocêntrica e cronificadora do sofrimento mental, possui o alicerce da sua política em dispositivos de base comunitária, permitindo que o portador de transtorno mental consiga receber tratamento e continuar inserido na sociedade e família (MENEGON *et al.*, 2014).

Atualmente, os dispositivos de cuidado para acompanhamento dos transtornos mentais são: Unidades Básicas de Saúde com equipe de saúde mental; Centros de Atenção Psicossocial; Ambulatórios de Saúde Mental; Pronto-Socorro Psiquiátrico;

Leitos psiquiátricos em Hospital Geral; Serviços de Residência Terapêutica; Serviço Hospitalar de Referência para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (SHR-ad); e Hospital Especializado em Psiquiatria (BRASIL, 2008).

O tratamento e acompanhamento de base comunitária, como os executados pelos Centros de Atenção Psicossocial, ambulatoriais e unidades de saúde com equipe de saúde mental, são a primeira escolha. Porém, existem algumas indicações que devem ser avaliadas criteriosamente para o encaminhamento à emergência psiquiátrica e, se necessário, a internação, quais sejam: risco de suicídio; risco de agressão; risco de homicídio; autonegligência grave; refratariedade e patologia de difícil controle em âmbito ambulatorial; e troca de esquema terapêutico que exija cuidados ou que coloque o paciente em situação de risco (piora dos sintomas ou efeitos adversos) (MENEGON *et al.*, 2014; BRASIL, 2008).

O paciente com transtorno mental possui muitas particularidades decorrentes do seu estado psíquico. Tais características podem ser predisponentes de alguns comportamentos de risco, influenciando na segurança, tanto do paciente quanto de quem está ao seu redor (ESTRELA; LOYOLA, 2014).

No Quadro 4 são apresentadas algumas características, de acordo com o estado mental e situações específicas da psiquiatria.

Nesse sentido, é necessário que a assistência prestada ao paciente com transtorno mental, tenha, além dos cuidados já aplicados ao paciente clínico referente à sua condição orgânica, uma atenção às particularidades e possíveis fatores predisponentes a situações que possam ser prejudiciais ao próprio paciente ou à equipe que o assiste (MENEGON *et al.*, 2014; BRINER E MANSE, 2013).

Quadro 4 - Características de pacientes com transtorno mental.

O paciente	Características
O paciente suicida	Mesmo as tentativas sem uma clara intenção letal ou com propósito manipulativo devem ser levadas a sério. Elas indicam um grau intenso de sofrimento psíquico que leva o paciente a pôr em risco sua própria vida para tentar lidar com a situação estressante. Além disso, uma tentativa de suicídio que não resulta em morte é um importante fator de risco para novas tentativas com métodos mais letais.
O paciente violento	Os pacientes podem ser violentos por muitas razões, e a abordagem deles deve tentar determinar a causa subjacente para tal comportamento, uma vez que a causa determina o tratamento a ser seguido. Pacientes claramente irritados devem sempre ser considerados potencialmente violentos.
O paciente ansioso	Quase todos os pacientes, quando entram em uma sala de emergência, estão com algum nível de ansiedade. Além disso, existem os quadros de ansiedade patológica, que, muitas vezes, são o motivo para a procura de atendimento de emergência tanto clínica como psiquiátrica. Os casos de ansiedade patológica mais frequentes nas salas de emergência são os transtornos somatoformes e os transtornos dissociativos, os ataques de pânico, as reações agudas ao estresse e os quadros de ansiedade de origem orgânica.
O paciente sem motivação para tratamento	Os pacientes da emergência psiquiátrica pobremente motivados para tratamento constituem um amplo e distinto grupo com graves doenças mentais. Eles apresentam maior intensidade dos sintomas, mais problemas com o autocuidado e com o abuso de drogas.
O paciente psicótico	Definir uma pessoa como psicótica implica reconhecer nela um prejuízo grosseiro no contato com a realidade, manifestado por uma percepção inadequada e persistente com o mundo externo (alucinações, delírios), com ausência de juízo crítico ou com uma conduta intensamente desorganizada.

Fonte: [adaptado] MENEGON *et al.*, 2014. 35-45p.

2.6 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA REGIÃO METROPOLITANA DO ESPÍRITO SANTO

A Região Metropolitana do Espírito Santo engloba 20 municípios, que totalizam uma população de 1.955.755 habitantes, representando mais da metade da população total do Estado do Espírito Santo (ESPÍRITO SANTO, 2013).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) deve ser composta pelos dispositivos de cuidado: Unidades Básicas de Saúde, com equipe de saúde mental; Centros de Atenção Psicossocial; Ambulatórios de Saúde Mental; Pronto-socorro Psiquiátrico; Leitos psiquiátricos em Hospital Geral; Serviços Residenciais Terapêuticos; SHR-ad; e Hospital Especializado em Psiquiatria (BRASIL, 2008).

No Quadro 5 são descritos os dispositivos de cuidado em saúde mental na região metropolitana do Espírito Santo.

Embora a essência da Rede de Atenção Psicossocial tenha suas origens a partir de um viés antimanicomial - postulando que a internação, de qualquer natureza, só deve se dar quando esgotadas todas as outras formas de tratamento em regime extra-hospitalar, os serviços de atenção hospitalar e de internação são necessários e devem ser utilizados de forma cautelosa. Nesse contexto, na região metropolitana, o Hospital Estadual de Atenção Clínica é um relevante serviço de assistência em saúde mental. É necessário que a RAPS seja fortalecida, inclusive na assistência de base comunitária, para que a redução do número de internações seja significativa (ESPÍRITO SANTO, 2013).

Quadro 5 - Componentes da RAPS da Região Metropolitana do Espírito Santo.

Atenção Básica	Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família: É baixa a cobertura de Estratégia de Saúde da Família na Região Metropolitana, especialmente nos municípios de maior população. Ampliar a cobertura de ESF é fundamental para o fortalecimento da Atenção Primária e, como não poderia deixar de ser, também para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial.
Equipes de Consultório na Rua	Trata-se de uma proposta que procura ampliar o acesso da população de rua e ofertar, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde, por meio das equipes e serviços da atenção básica. Na Região de Saúde Metropolitana, já existem equipes nos municípios de Serra, Vila Velha e Vitória.
Urgência e Emergência	Os componentes de Urgência e Emergência são o SAMU 192, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e os Pronto Atendimentos (PAs), e a Unidade de Emergência Psiquiátrica, no Hospital Estadual de Atenção Clínica, com 14 leitos.
Componente Hospitalar	O componente Hospitalar na Rede de Atenção Psicossocial deve atender a situações de crise, como os estados de surto e intoxicação. Desse modo, as internações devem ser de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário, respeitando as especificidades de cada caso. Esse componente é representado por alguns hospitais gerais com leito para atenção à saúde mental, como o Hospital São Lucas e os 50 leitos psiquiátricos no Hospital Estadual de Atenção Clínica.
Atenção Psicossocial Especializada	Os CAPS existentes na região metropolitana são: <ul style="list-style-type: none"> • Cariacica: 2 CAPS II (Estadual); • Guarapari 1 CAPS II; • Santa Maria de Jetibá 1 CAPS I; • Serra 1 CAPS II e 1 CAPS AD II; • Vila Velha 1 CAPS AD II; • Vitória 1 CAPS II, 1 CAPS III, 1 CAPS AD III, 1 CAPS i, 1 CAPS AD i.
Serviço de Atenção em Regime Residencial (Comunidades Terapêuticas).	Na região metropolitana existem 19 SRTs, 18 (10 em Cariacica, 3 em Serra, 3 em Vila Velha e 2 em Vitória) são geridas e custeadas pelo Estado; apenas 1 é municipal (em Vitória).

Fonte: [adaptado] ESPÍRITO SANTO, 2013, p. 30-42.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Implantar a gestão de risco na segurança do paciente em um hospital de referência em saúde mental.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar fatores de risco que influenciam na segurança do paciente com transtorno mental.
2. Elaborar protocolos de segurança do paciente.
3. Construir o diagrama da gestão de risco e eventos monitorados na segurança do paciente com transtorno mental.
4. Elaborar uma Proposta textual de software para gestão interna de notificações de incidentes.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Nesta pesquisa, a metodologia utilizada foi a Pesquisa-Ação, de abordagem qualitativa. Segundo Thiollent (2009), a Pesquisa-Ação é um processo em que a investigação e a ação ocorrem simultaneamente, objetivando a transformação de uma realidade, a solução para o problema investigado. Corroborando com essa ideia, Grittem, Meier e Zagonel (2008) afirmam que esse tipo de pesquisa é viável quando há interesse da coletividade em solucionar determinado problema.

A pesquisa-ação possui como característica o envolvimento do pesquisador com os participantes e com a investigação, sendo uma produção coletiva de conhecimento. Torna possível que os membros de uma organização participem do planejamento e da mudança da realidade em que estão inseridos (SILVA *et al.*, 2011).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no HEAC, antigo Adauto Botelho, situado em Cariacica, Espírito Santo. De acordo com Carrion, Margotto e Aragão (2014), essa instituição foi inaugurada em 1954, por intermédio do médico psiquiatra Adauto Botelho, que ocupava o cargo de diretor do Serviço Nacional de Saúde Mental. O Hospital surgiu para suprir a necessidade do estado em atender os pacientes com transtorno mental, o que representou grande avanço no campo da psiquiatria capixaba.

Atualmente, o HEAC possui 113 leitos, dos quais 74 são para pacientes psiquiátricos e 39 são destinados à atenção clínica, sendo considerado referência em saúde mental no Espírito Santo (ESPÍRITO SANTO, 2013).

4.3 COLABORADORES DA PESQUISA

Os participantes da investigação foram os membros da equipe multidisciplinar responsável pela assistência aos pacientes com transtorno mental (enfermeiros, médicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, farmacêutico). Atualmente essa equipe é composta por 15 membros, que foram convidados a participar do estudo através de uma carta convite explicativa. Como critério de exclusão adotou-se: estar afastado do serviço por motivo de licença ou férias e não participar de dois ou mais encontros. Desta maneira, 13 pessoas participaram da pesquisa, pois uma pessoa estava afastada por licença maternidade e outra por motivo de férias.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011), sistematizada por Oliveira (2008), aplicada no âmbito da Pesquisa-Ação. Oliveira a denomina de análise de conteúdo temático-categorial, na qual há operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, em diferentes núcleos de significado que originam a comunicação e, posteriormente, o seu reagrupamento em classes ou categorias.

A autora ainda explana que a análise de conteúdo temático categorial é um recurso metodológico que pode ser adequado e utilizado em muitas áreas e em diversos objetivos, haja vista que tudo que pode ser transformado em texto é passível de ser analisado. Essa modalidade de análise de conteúdo proposta pela autora constitui-se de procedimentos, quais sejam: leitura flutuante; definição de hipóteses provisórias sobre o objeto estudado e o texto analisado; determinação das unidades de registro; definição das unidades de significação ou temas; análise temática das unidades de registro; e análise categorial do texto.

A análise de conteúdo iniciou-se com uma leitura flutuante de todo o material, com definição do corpus de análise, a formulação de hipóteses provisórias e dos objetivos da análise.

Em seguida, foi realizada a determinação das unidades de registro (UR). Para Oliveira (2008), nesse processo, o pesquisador escolhe o tipo de unidade de registro que será adotada. As unidades de registro podem ser: palavras, frases, parágrafos, temas (regra de recorte do sentido e não da forma, representada por frases, parágrafos, resumo, etc), objeto ou referente (temas eixo, agregando-se ao seu redor tudo o que o locutor diz a seu respeito), personagem (papel familiar, idade, sexo, etc), acontecimento (elementos factuais importantes para o objeto em estudo), documento (artigo de jornal, a resposta a uma questão aberta, uma entrevista, etc).

Nesta pesquisa, optou-se por usar os temas como unidade de registro. Ressalta-se que a maior parte do texto foi transformada em UR. Foi utilizado um quadro matriz para registro de todas as UR.

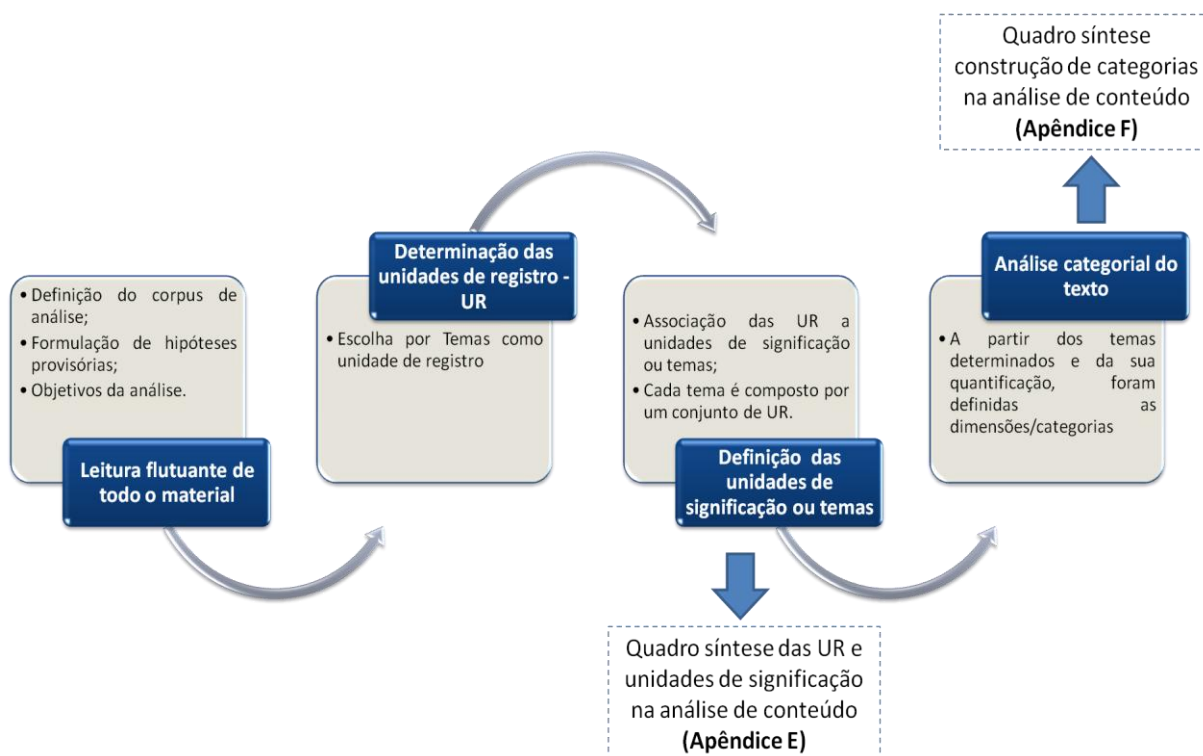
Em sequência, foram definidas as unidades de significação ou temas, ou seja, associação das UR a unidades de significação ou temas. Assim, cada tema é composto por um conjunto de UR. Elaborou-se um quadro síntese das unidades de registro e unidades de significação na análise de conteúdo (Apêndice E), conforme é sugerido por Oliveira (2008).

Seguiu-se a análise categorial do texto: a partir dos temas determinados e da sua quantificação, foram definidas as dimensões nas quais os temas aparecem, agrupando-os segundo critérios teóricos ou empíricos e as hipóteses de análise. Essa análise é apresentada no quadro síntese construção de categorias na análise de conteúdo (Apêndice F), também proposto por Oliveira (2008). Foram construídas três categorias: “Construção dos protocolos”; “Elaboração de diagrama e da Proposta textual de software para gestão interna de notificações de incidentes” e “A pesquisa-ação como estratégia coletiva para organização da gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental”.

De acordo com as recomendações do autor, os temas e sua quantificação final foram conduzidos para o segundo quadro com o cálculo de frequência relativa. A definição das categorias foi embasada nos seguintes critérios: homogeneidade;

exaustividade; exclusividade; objetividade; e pertinência ao objeto de estudo. Na Figura 5, há um esquema sobre como ocorreu a análise de dados.

Figura 5: Esquema sobre o processo da Análise de dados.



Fonte: O autor, 2017.

Dessa maneira, as categorias empíricas criadas sintetizam as unidades de registro extraídas do texto; agregam os significados existentes no texto em sub-conjuntos; são específicas; e comportam a maior parte do material analisado (OLIVEIRA, 2008).

A validação por consenso é um processo que possibilita a obtenção do conhecimento coletivo, construído através das opiniões de especialistas sobre determinada matéria, como por exemplo, a melhor prática clínica (AZZOLIN *et al.*, 2012).

4.5 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA E COLETA DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de 03 de outubro de 2016 a 27 de março de 2017. Thiollent (2009) explana que a pesquisa-ação é desenvolvida em doze fases, que são flexíveis, não seguindo necessariamente uma ordem rígida, podendo, em alguns casos, serem desenvolvidas em um mesmo momento. A seguir são descritas as fases e as atividades que foram realizadas em cada uma delas.

- I. Fase exploratória: foi realizado o contato inicial com os participantes, os objetivos da pesquisa foram apresentados, foi entregue a carta convite (Apêndice A) e, após aceitação, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), bem como foi realizada a caracterização dos participantes através de um questionário (Apêndice C). Essa fase foi realizada de forma individual, com cada participante.
- II. Tema da Pesquisa: em discussão com o grupo multiprofissional, o tema da pesquisa foi exposto para possíveis alterações e esclarecimentos.
- III. Colocação dos problemas: os problemas foram especificados, para direcionar a investigação.
- IV. O lugar da teoria: a literatura utilizada como embasamento científico da pesquisa foi exposta e adaptada conforme as discussões em grupo. Foram consultadas as legislações e manuais da ANVISA, artigos científicos e publicações acerca da segurança do paciente, gestão de risco e saúde mental.
- V. Hipóteses: estabelecimento de hipóteses para o problema. Frente ao problema e ao aprofundamento teórico sobre o assunto, o grupo estabeleceu algumas hipóteses para responder ao questionamento inicial.
- VI. Seminários: os 13 participantes foram divididos em dois grupos, 1 e 2. Cada grupo participou de 08 encontros, além do encontro de encerramento, que foi realizado em um único evento com ambos os grupos. O número de encontros foi definido pelo grupo. A equipe demandou muitas discussões acerca de cada temática, e os encontros tiveram duração média de 90 minutos. Nos 16 seminários (08 com cada grupo, totalizando 16), foi realizada a identificação das prioridades e fatores de risco que envolvem a segurança do paciente com

transtorno mental. Logo após, houve a definição da estrutura dos protocolos (quais seriam os componentes do documento). Em seguida, deu-se início à elaboração dos protocolos. Após cada encontro, o conteúdo discutido era analisado e formatado dentro do padrão de protocolo definido pelo grupo e entregue aos participantes para avaliação e validação por consenso. No encontro seguinte, eram recolhidos com as devidas sugestões. Dessa maneira, foram elaborados 7 protocolos:

1. Identificação Correta do paciente;
2. Higienização de mãos;
3. Prevenção de Violência;
4. Prescrição e Administração Segura de Medicamentos;
5. Prevenção de Evasão de Pacientes;
6. Prevenção de Lesão por Contenção;
7. Prevenção de Quedas.

No último encontro, o 17º seminário, foram apresentados todos os protocolos devidamente formatados e validados por consenso pelo grupo.

Além disso, o diagrama em árvore de gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental e a Proposta textual de software para gestão interna de notificações de incidentes, ambos desenvolvidos através da análise do conteúdo das discussões em grupo, foram expostos e avaliados pelos participantes. No Apêndice D é descrito em um quadro síntese os objetivos alcançados, as atividades desenvolvidas e o produto de cada encontro.

Para o planejamento dos encontros, foi utilizado um quadro síntese de descrição do desenvolvimento dos seminários. O modelo desse quadro é apresentado abaixo, na figura 6.

Figura 6: Modelo de quadro síntese de descrição do desenvolvimento dos seminários.

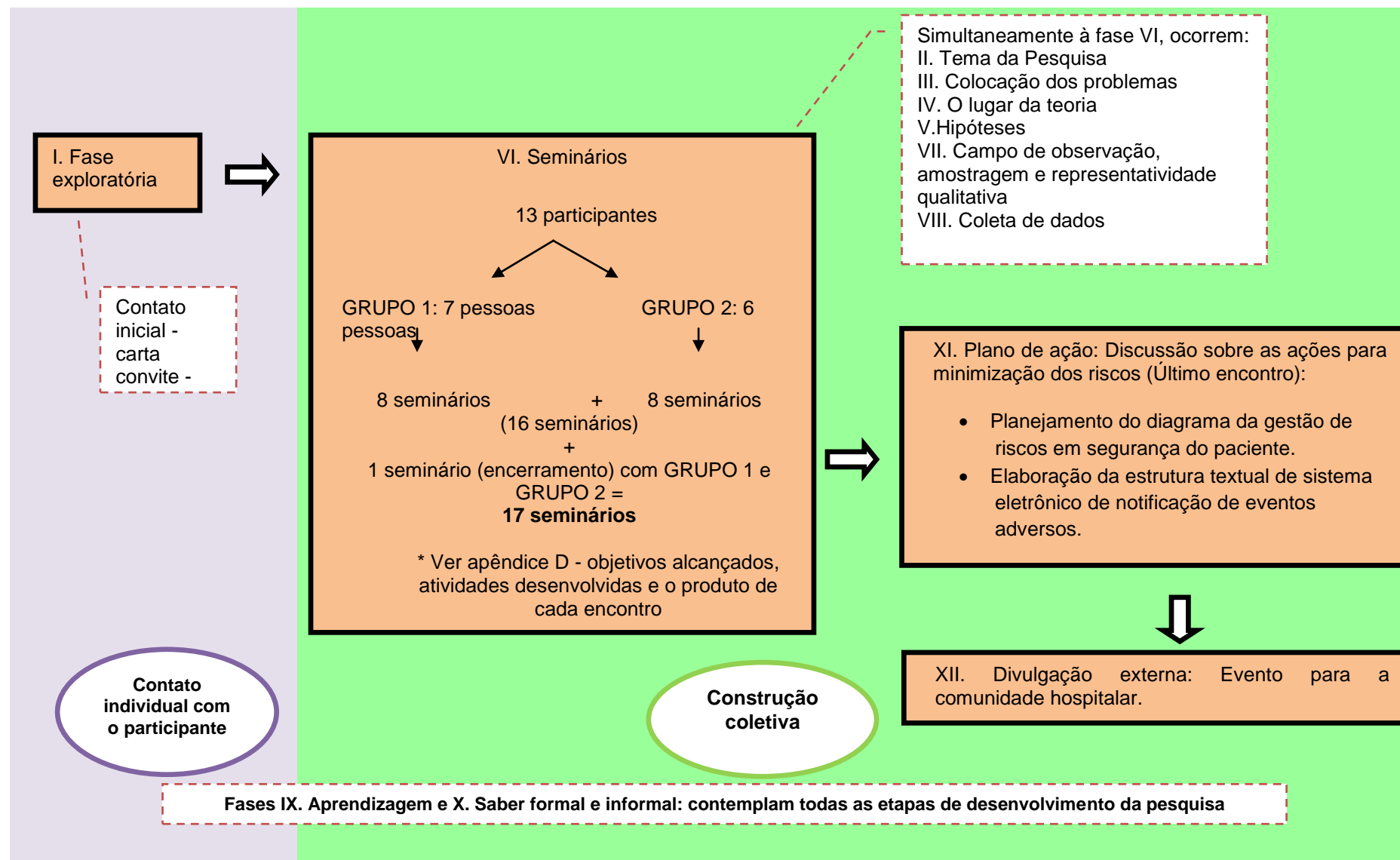
Encontros	Objetivos alcançados	Atividades e ações	Produto
Grupo 1 Data: Horário:			

Fonte: A autora, 2017.

- VII. Campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa: foram campos de observação os setores de Unidade de Curta Permanência, Geriatria e Unidade de Urgência em Saúde Mental, que possuem, ao todo, 74 leitos.
- VIII. Coleta de dados: após a leitura e conhecimento sobre a temática e a observação em campo, a coleta de dados ocorreu nos seminários através do diário de campo, e os eventos foram gravados em áudio e posteriormente transcritos para atas de registro.
- IX. Aprendizagem: essa fase foi desenvolvida simultaneamente com as fases de lugar de teoria, seminários, plano de ação, saber formal e informal, e divulgação externa.
- X. Saber formal/informal: é a inter-relação entre pesquisador e participante, ocorreu concomitantemente a todas as fases.
- XI. Plano de ação: nos 16 Seminários (Fase VI), após a identificação dos riscos em cada protocolo, os participantes elaboravam medidas para prevenção dos danos e definiam quais os indicadores seriam monitorados. No 17º seminário, com a presença de todos os participantes, foram apresentados o diagrama para gestão de risco e a Proposta textual de software para gestão interna de notificações de incidentes.
- XII. Divulgação externa: após a conclusão da pesquisa, o resultado foi divulgado para os participantes bem como para toda a comunidade hospitalar em um evento que ocorreu no Hospital.

A Figura 7 descreve sinteticamente o desenvolvimento da pesquisa.

Figura 7: Fases da Pesquisa Ação.



Fonte: A autora, 2017.

4.5.1 Instrumentos de coleta dos dados

O principal instrumento utilizado foi constituído por diário de bordo, ou diário de campo. Além disso, todos os seminários foram gravados em áudio, transcritos na íntegra em atas de registro e autorizados pelos participantes, o que era afirmado a cada início dos eventos realizados.

Segundo Morin (2004) o diário de campo é um instrumento para que o ator pesquisador realize a coleta de informações, necessário para consignar os dados recolhidos durante todo processo de pesquisa. É um registro feito em todos os momentos da pesquisa, de forma a objetivar o vivido e o compreendido. Assim, incluem-se nesses registros alguns fatos e dados: referências dos acordos estabelecidos para o funcionamento dos grupos de pesquisa; dados referentes a compreensões e interpretações do grupo sobre o conteúdo teórico; sugestões sobre novas referências; anotações sobre situações de atividades e práticas do grupo; e sínteses das reflexões e decisões grupais.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho respeitou os princípios éticos no que se refere à pesquisa com seres humanos, sendo apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em 13 de Julho de 2016, recebendo o parecer de nº 1.634.031, CAAE 53621716.5.0000.5060. (Anexo A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PRODUTO 1

Título: Diagrama em árvore da gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental.

Equipe técnica: Enfa. Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil, Profa. Dra. Eliane de Fátima Almeida Lima e Profa. Dra. Cândida Caniçali Primo.

Introdução: A gestão de risco é um processo para o conhecimento dos riscos, aos quais há exposição, e planejamento para a tomada de decisão sobre o que fazer com relação a eles. Este produto trata da elaboração do Diagrama em Árvore da gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental.

Descrição do produto: Tecnologia gerencial denominada Diagrama em Árvore que apresenta sistematicamente as etapas da gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental, quais sejam: identificação dos riscos, análise dos riscos, avaliação dos riscos e tratamento dos riscos. Cada etapa se desdobra em ações que devem ser realizadas para o alcance da segurança do paciente e, por sua vez, cada ação possui uma matriz controle que especifica quem, quando e se está concluída ou não.

Dessa maneira, na primeira etapa, a de reconhecimento de riscos, as ações são analisar o contexto institucional e o perfil dos pacientes, e definir as prioridades de risco que devem ser controladas. Na segunda etapa, a de análise dos riscos, as ações são desenvolver protocolos de segurança do paciente e implantar os protocolos de segurança do paciente. Já na terceira etapa, a de avaliação dos riscos, as ações são monitorar os indicadores de segurança do paciente e investigar os eventos adversos ou *Near Misses* notificados.

Na terceira etapa, enfatiza-se que a primeira ação, monitorar indicadores, desdobra-se em quais indicadores serão monitorados: número de violência física com dano; número de violência sexual; número de evasão de pacientes; número de quedas

com danos; número de quedas sem danos; índice de quedas (número de quedas/número de pacientes dia) x 1000; número de lesão (ferida ou trauma) por contenção mecânica; número de eventos adversos devido aos erros na prescrição e administração de medicamentos; número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente; percentual (%) de adesão; e número de ações de higiene das mãos realizados pelos profissionais de saúde/número de oportunidades ocorridas para higiene das mãos, multiplicado por 100.

Na última etapa, de tratamento dos riscos, ocorre a avaliação e a revisão de todo o processo. Quanto à matriz de controle, as três primeiras ações mencionadas foram realizadas pela equipe multiprofissional, durante esta pesquisa, e a situação é concluída. Quanto às outras quatro ações, serão realizadas pelo Núcleo de Segurança do Paciente da Instituição, após nomeação em Diário Oficial. Dessa forma, a situação dessas ações ainda não está concluída.

Tipo e Natureza da produção técnica:

Meio de divulgação: () impresso () meio magnético () meio digital () filme () hipertexto () outro (x) vários

Finalidade do produto: contribuirá para a gestão de risco na segurança do paciente, direcionando a equipe quanto as etapas, ações e metas que devem ser cumpridas para o alcance da qualidade e da segurança do paciente.

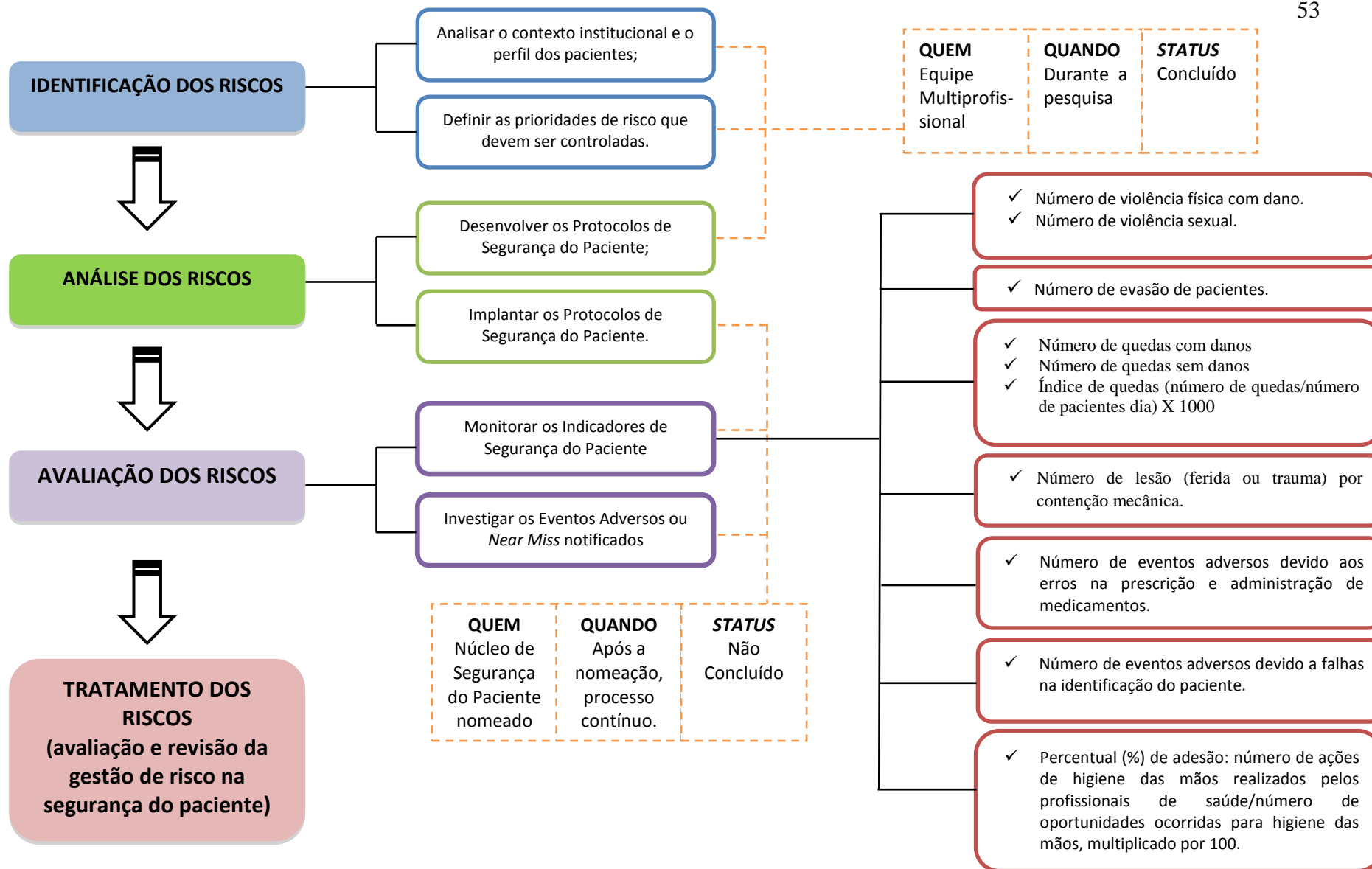
Registro do produto: sob a forma de documento instrucional na Instituição Hospitalar na qual foi desenvolvido.

Desenvolvimento do produto: foi elaborado através de um estudo do tipo pesquisa ação realizado em 17 seminários com a equipe multiprofissional de saúde mental. Em 16 seminários foi realizada a identificação e discussão das prioridades, fatores de risco, medidas de prevenção, condutas a serem adotadas, e indicadores monitorados que envolvem a segurança do paciente com transtorno mental.

Dessa maneira, elegeram-se 07 prioridades na segurança do paciente com transtorno mental: Identificação Correta do paciente; Higienização de mãos; Prevenção de Violência; Prescrição e Administração Segura de Medicamentos; Prevenção de Evasão de Pacientes; Prevenção de Lesão por Contenção; e Prevenção de Quedas. A cada seminário, eram discutidos os aspectos referentes a cada uma das prioridades.

Após a análise do conteúdo das discussões em grupo, e posteriormente ao 16º seminário, o diagrama em árvore de gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental foi desenvolvido graficamente: na primeira coluna, registrou-se cada etapa da gestão de risco. Estas se desdobraram para a segunda coluna, onde foram descritas as ações de cada etapa. Na terceira coluna, desdobrou-se a descrição dos indicadores que serão monitorados. Em caixas de observação, foi organizada a matriz controle. O diagrama finalizado foi apresentado no último encontro, o 17º seminário, no qual houve a avaliação dos participantes do estudo e validação por consenso. A seguir, encontra-se o diagrama em árvore desenvolvido.

Figura 8: Produto 1: Diagrama em Árvore da Gestão de Risco na Segurança do Paciente com Transtorno Mental



5.2 PRODUTO 2

Título: Protocolos de Segurança do Paciente com Transtorno Mental

Equipe técnica: Enfa. Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil, Profa. Dra. Eliane de Fátima Almeida Lima e Profa. Dra. Cândida Caniçali Primo.

Introdução: os protocolos, importantes instrumentos para gestão, são caracterizados como conjuntos de regras, normas ou padrões, que visam padronizar uma conduta. A sua utilização possibilita maior segurança aos usuários e profissionais, pois direciona a tomada de decisão dos profissionais, além de facilitar o desenvolvimento e o monitoramento de indicadores, assim como a qualidade dos processos gerenciais. Este produto trata da elaboração dos protocolos de segurança do paciente com transtorno mental.

Descrição do produto: tecnologia gerencial denominada protocolos de segurança do paciente, constituída por sete protocolos, quais sejam: Identificação Correta do paciente; Higienização de mãos; Prevenção de Violência; Prescrição e Administração Segura de Medicamentos; Prevenção de Evasão de Pacientes; Prevenção de Lesão por Contenção; e Prevenção de Quedas.

Os protocolos possuem formatação padronizada. Apresentam um cabeçalho de identificação e rodapé com dados sobre versão, data, elaboração e aprovação do documento. Cada protocolo possui uma sequência lógica de componentes: definição, finalidade, abrangência, fatores de risco, medidas para prevenção, como proceder (no caso específico de cada protocolo, por exemplo, na evasão do paciente ou em queda), notificação, indicadores e referências.

Tipo e Natureza da produção técnica:

Meio de divulgação: () impresso () meio magnético () meio digital () filme () hipertexto () outro (x) vários

Finalidade do produto: contribuirá para a gestão de risco na segurança do paciente, haja vista a padronização das ações e condutas frente às situações que foram definidas como prioridades para a garantia da qualidade do tratamento e da segurança do paciente.

Registro do produto: sob a forma de documento instrucional na Instituição Hospitalar na qual foi desenvolvido.

Desenvolvimento do Produto: foram elaborados através de um estudo do tipo pesquisa-ação realizado em 17 seminários com a equipe multiprofissional de saúde mental. O grupo de participantes foi dividido em dois grupos, 1 e 2. Nos 16 seminários (8 com cada grupo, totalizando 16), foi realizada a identificação das prioridades e dos fatores de risco que envolvem a segurança do paciente com transtorno mental. Logo após, houve a definição da estrutura dos protocolos (quais seriam os componentes do documento).

Em seguida, deu-se início à elaboração dos protocolos. Após cada encontro, o conteúdo discutido era analisado e formatado dentro do padrão de protocolo definido pelo grupo e entregue aos participantes para avaliação e validação por consenso. No encontro seguinte, eram recolhidos com as devidas sugestões. A seguir, são descritas as atividades de elaboração de protocolos em cada encontro.

No Encontro 1, prioridades foram definidas baseadas na realidade, sendo elaborados os protocolos de segurança do paciente: prevenção de quedas; prevenção de evasão; identificação correta do paciente; prevenção de lesão por contenção mecânica; higienização das mãos; prescrição e administração corretas de medicamento; e prevenção de violência.

No Encontro 2, houve a definição de padrão dos componentes dos protocolos: conceito ou definição; finalidade; abrangência; fatores de risco; medidas de prevenção; como proceder se a situação ocorrer; notificação de eventos; e indicadores. Também houve a discussão para elaboração do protocolo de prevenção de quedas.

No Encontro 3, seguiu-se com a validação consensual do protocolo de prevenção de quedas e a discussão para elaboração do protocolo de prevenção de evasão.

No Encontro 4, realizou-se a validação consensual do protocolo de prevenção de evasão e a discussão para elaboração do protocolo de identificação correta do paciente.

No Encontro 5, houve a validação consensual do protocolo de identificação correta do paciente e a discussão para elaboração do protocolo de prevenção de lesão por contenção mecânica.

No Encontro 6, foi feita a validação consensual do protocolo de prevenção de lesão por contenção mecânica e a discussão para elaboração do protocolo de higienização de mãos.

No Encontro 7, realizou-se a validação consensual do protocolo de higienização de mãos e a discussão para elaboração do protocolo de prescrição e administração corretas de medicamento.

No Encontro 8, houve a validação consensual do protocolo de prevenção de prescrição e administração corretas de medicamento, a elaboração do protocolo de prevenção de violência e a validação consensual do protocolo de prevenção de violência.

No último encontro, o 17º seminário, foram apresentados todos os protocolos devidamente formatados e validados por consenso pelo grupo. No Apêndice H, encontram-se protocolos de segurança do paciente desenvolvidos.

5.3 PRODUTO 3

Título: Proposta textual de software para gestão interna de notificações de incidentes.

Equipe técnica: Enfa. Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil, Profa. Dra. Eliane de Fátima Almeida Lima e Profa. Dra. Cândida Caniçali Primo.

Introdução: a segurança do paciente é alcançada quando há reconhecimento do contexto institucional, dos riscos existentes e das ações e condutas que são construídas para a minimização dos danos. A detecção de incidentes relacionados à assistência em saúde é um processo que direciona o planejamento e as atividades voltadas à garantia da segurança do paciente. Assim, essa notificação de incidentes permite que os riscos sejam percebidos e trabalhados, evitando danos, inclusive os mais graves, como sequelas ou até mesmo o óbito. Este produto trata da elaboração de uma proposta textual de software para gestão interna de notificações de incidentes.

Descrição do produto: tecnologia gerencial denominada proposta textual de software para gestão interna de notificações de incidentes – VigiHEAC. Constitui-se de um formulário para notificação de incidentes que podem gerar dano ao paciente. Na primeira etapa, que será a primeira tela do software, há uma mensagem inicial apresentando a finalidade principal da notificação e o esclarecimento sobre a possibilidade da notificação ser feita com ou sem identificação do notificador.

Na segunda etapa (segunda tela do software), de identificação, há as possibilidades de notificação sem identificação ou notificação com identificação, nesse último caso, há a necessidade do preenchimento dos dados: nome e e-mail válido.

Na terceira etapa (terceira tela do software), encontram-se os tipos de eventos a serem notificados. Há uma lista de doze eventos já especificados, elencados com base nas discussões de grupo e prioridades definidas, além da última opção que permite que o notificador especifique o evento, caso este não se enquadre nos doze eventos anteriores.

Na quarta etapa (quarta tela do software), encontra-se o espaço para preenchimento dos dados referentes à ocorrência: data e hora; descrição do evento; e profissionais que avaliaram o paciente após o incidente. Encontram-se, ainda, as opções: técnico em enfermagem, enfermeiro, médico, outro profissional, especificar; e se houve dano ao paciente, caso positivo, especificar.

Na quinta e última etapa (quinta tela do software), é apresentada a mensagem final com agradecimento pela notificação e esclarecimento de que essa atitude auxilia na busca pela assistência segura na instituição.

Tipo e natureza da produção técnica:

Meio de divulgação: () impresso () meio magnético () meio digital () filme () hipertexto () outro (x) vários

Finalidade do produto: contribuirá para a gestão de risco na segurança do paciente, pois permitirá a identificação, o monitoramento e o execução de condutas frente aos incidentes, possibilitando melhorar a qualidade e a segurança do paciente.

Registro do produto: sob a forma de proposta textual de software para gestão interna de notificações de incidentes na Instituição Hospitalar na qual foi desenvolvido.

Desenvolvimento do Produto: foi elaborado através de um estudo do tipo pesquisa ação realizado em 17 seminários com a equipe multiprofissional de saúde mental. Nos seminários, foi realizada a identificação e a discussão das prioridades. Dessa maneira, elegeram-se 7 prioridades na segurança do paciente com transtorno mental: Identificação Correta do paciente; Higienização de mãos; Prevenção de Violência; Prescrição e Administração Segura de Medicamentos; Prevenção de Evasão de Pacientes; Prevenção de Lesão por Contenção; e Prevenção de Quedas.

A cada seminário, eram discutidos os aspectos referentes a cada uma das prioridades entre eles, os incidentes notificáveis em cada protocolo. As definições de incidentes notificáveis construídas pelo grupo foram: Protocolo de Identificação do paciente, ocorrência de identificação incorreta com danos, ocorrência de identificação incorreta sem danos (inclusive as situações em que o paciente está

sem identificação); Protocolo de higienização de mãos, ocorrência de falta de condições para higienizar as mãos; Protocolo de prevenção de violência, ocorrência de violência física com dano, ocorrência de violência sexual; Protocolo de prescrição e administração segura de medicamentos, ocorrência de erro na prescrição do medicamento, ocorrência de erro na dispensação do medicamento pela farmácia, ocorrência de erro na administração do medicamento no paciente; Protocolo de prevenção de evasão de pacientes, ocorrência de evasão de paciente; Protocolo de prevenção de lesão por contenção, ocorrência de lesão (ferida ou trauma) por contenção mecânica; e Protocolo de prevenção de quedas, ocorrência de quedas com danos, ocorrência de quedas sem danos (inclusive as quase quedas). Esses dados foram encontrados após a análise do conteúdo das discussões em grupo.

Posteriormente ao 16º seminário, a proposta textual de software para gestão interna de notificações de incidentes foi desenvolvida no programa Microsoft Word, com cinco divisões, que correspondem às telas que serão projetadas para o software. A proposta textual finalizada foi apresentada no último encontro, o 17º seminário, no qual houve a avaliação dos participantes do estudo e validação por consenso.

No Apêndice I, encontra-se a proposta textual de software para gestão interna de notificações de incidentes desenvolvida. O software será projetado através dessa proposta pelo Núcleo de Tecnologia e Informatização da Instituição em que ocorreu a pesquisa.

5.4 ARTIGO 1

Revista Brasileira de Enfermagem
Pesquisa Original

Gestão de risco em segurança do paciente com transtorno mental: uma construção coletiva de estratégias

Objetivo: Identificar estratégias de gestão de risco em segurança do paciente com transtorno mental em um hospital de atenção clínica e psiquiátrica de referência. **Método:** Pesquisa-ação realizada com equipe multidisciplinar de um hospital referência em saúde mental na região sudeste do Brasil. **Resultados:** Foram identificadas três estratégias consideradas tecnologias gerenciais para o paciente com transtorno mental: diagrama da gestão de risco na segurança do paciente; protocolos de segurança do paciente; e proposta textual de software para gestão interna de notificações de incidentes. **Considerações finais:** A pesquisa-ação permitiu uma discussão coletiva por toda a equipe multiprofissional, possibilitando a definição de estratégias para implantação da gestão de risco e a melhoria da qualidade da assistência na segurança do paciente com transtorno mental no local do estudo.

Descritores: Segurança do Paciente; Transtornos Mentais; Gestão de Riscos; Tecnologia; Assistência à Saúde Mental.

Descriptoros: Seguridad del Paciente; Trastornos Mentales; Gestión de Riesgos, Tecnología; Asistencia a la Salud Mental.

Key words: Safety patient; Mental Disorders; Risk Management; Technology; Mental Health Care.

Introdução

No último século, devido ao grande desenvolvimento da tecnologia, o tema qualidade foi muito discutido e estudado. Historicamente, há uma constante busca, inerente ao ser humano, quanto à qualidade e nota-se a evolução dos esforços do homem contra a imperfeição em todas as áreas⁽¹⁾. Na saúde, essa política de qualidade assistencial foi embasada nos conceitos de Avedis Donabedian, médico pediatra armênio, considerado como o principal estudioso sobre gestão de qualidade⁽²⁾.

O cuidado seguro, há quase dois mil anos, já fora mencionado por Hipócrates, quando afirmava “antes de tudo, não causar danos”; e, séculos após, por Florence Nightingale, com a prevenção de infecções e redução da mortalidade de soldados. Apesar disso, a percepção e discussão sobre a gravidade da insegurança e dos danos causados por erros na assistência foram fortalecidas com a publicação do relatório “Errar é Humano”, do Instituto de Medicina

(IOM) dos EUA, em 1999, que visava quebrar o ciclo de passividade em relação aos erros realizados pelos profissionais de saúde⁽³⁾.

As falhas ou erros devem ser conhecidos para o planejamento e a gestão dos riscos. A cultura de segurança é essencial para que a instituição alcance a qualidade na segurança do paciente. O profissional deve ter o comprometimento de atuar visando o paciente e a sua segurança. A cultura punitiva, o medo de sofrer represália por notificar um erro, não deve existir, permitindo, nesse contexto, a detecção de falhas e a consequente melhoria do processo⁽⁴⁾.

A Organização Mundial da Saúde, em 2004, apresentou, por meio da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e os Desafios Globais, as orientações acerca de ações que ajudem a evitar riscos para o paciente e as diretrizes para implantação de medidas para o cuidado seguro⁽⁵⁾.

No Brasil, a Organização Mundial de Saúde trabalha esse tema juntamente com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Conforme foi estabelecido na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011 da MS/ANVISA, o Serviço de Saúde deve criar mecanismos e estratégias que possibilitem estruturar uma política de qualidade, além de definir que a garantia da qualidade seja utilizada como tecnologia para o gerenciamento⁽⁶⁾.

A Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que teve por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional⁽⁷⁾. Além disso, tornou-se obrigatória a constituição de Núcleo de Segurança do Paciente, através da RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, da MS/ANVISA, a qual instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde⁽⁸⁾.

Na segurança do paciente, a gestão de risco objetiva a precoce identificação de riscos potenciais e, consequentemente, diminuir ou eliminar efeitos adversos decorrentes do atendimento em saúde. Afirma ainda que deve haver garantias, por parte do gestor de risco, de que se realize prevenção, detecção, registro e correção de deficiências, sendo necessária a inserção de estratégias para a mudança na cultura de detecção das falhas⁽⁹⁾.

Quando relacionam-se qualidade, gestão de risco e segurança do paciente, enfatiza-se a efetivação de atividades de monitoramento (visando detectar problemas e controlar a manutenção de melhorias conseguidas pelas ações já implementadas); ciclo de melhorias (ampliação e desenvolvimento de soluções para solucionar os problemas de segurança); e

planejamento e arte ou desenho da qualidade (processos e fluxos para a implantação da gestão)⁽⁷⁾.

Na assistência em saúde mental é necessário manejo diferenciado, haja vista que o público atendido possui um perfil que pode predispor à ocorrência de alguns eventos, e que, inclusive, podem ser danosos ao paciente. Sendo assim, é fato que a discussão quanto à segurança do paciente com transtorno mental é algo que deve ser discutido e estudado⁽¹⁰⁾.

Objetivo

Frente à necessidade de estudos sobre a segurança do paciente com transtorno mental, esta pesquisa teve como objetivo: Identificar estratégias de gestão de risco em segurança do paciente com transtorno mental em um hospital de atenção clínica de referência.

Método

Aspectos éticos

O presente trabalho respeitou os princípios éticos no que se refere à pesquisa com seres humanos, sendo apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em 13 de Julho de 2016, recebendo o parecer de nº 1.634.031, CAAE 53621716.5.0000.5060. Todos os participantes assinaram voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Referencial teórico-metodológico e tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo Pesquisa-Ação, de abordagem qualitativa.

Procedimentos metodológicos

Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido em um hospital de atenção clínica de referência em saúde mental em um município da região sudeste do Brasil. O hospital possui 113 leitos, dos quais 74 são para pacientes psiquiátricos e 39 são destinados à atenção clínica.

Fonte de dados

Os participantes foram os membros da equipe multidisciplinar responsável pela assistência aos pacientes com transtorno mental (enfermeiros, médicos, fonoaudiólogo, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos e farmacêutico). Atualmente essa

equipe é composta por 15 membros, que foram convidados a participar do estudo através de uma carta convite, preenchimento de uma identificação do perfil do participante e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como critérios de exclusão adotou-se: estar afastado do serviço por motivo de licença ou férias e não participar de dois ou mais encontros. Desta maneira, 13 pessoas participaram, devido um afastamento por licença maternidade e outro por férias.

Coleta e organização dos dados

A Coleta de dados ocorreu no período de 03 de outubro de 2016 a 27 de março de 2017. Thiollent⁽¹¹⁾ explana que a pesquisa-ação é desenvolvida em doze fases, que são flexíveis, não seguindo necessariamente uma ordem rígida, podendo, em alguns casos, serem desenvolvidas em um mesmo momento. As fases são: I. Fase exploratória; II. Tema da Pesquisa; III. Colocação dos problemas; IV. O lugar da teoria; V. Hipóteses; VI. Seminários; VII. Campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa; VIII. Coleta de dados; IX. Aprendizagem; X. Saber formal/informal; XI. Plano de ação; XII. Divulgação externa. Na Figura 1, há um esquema sobre o desenvolvimento da pesquisa.

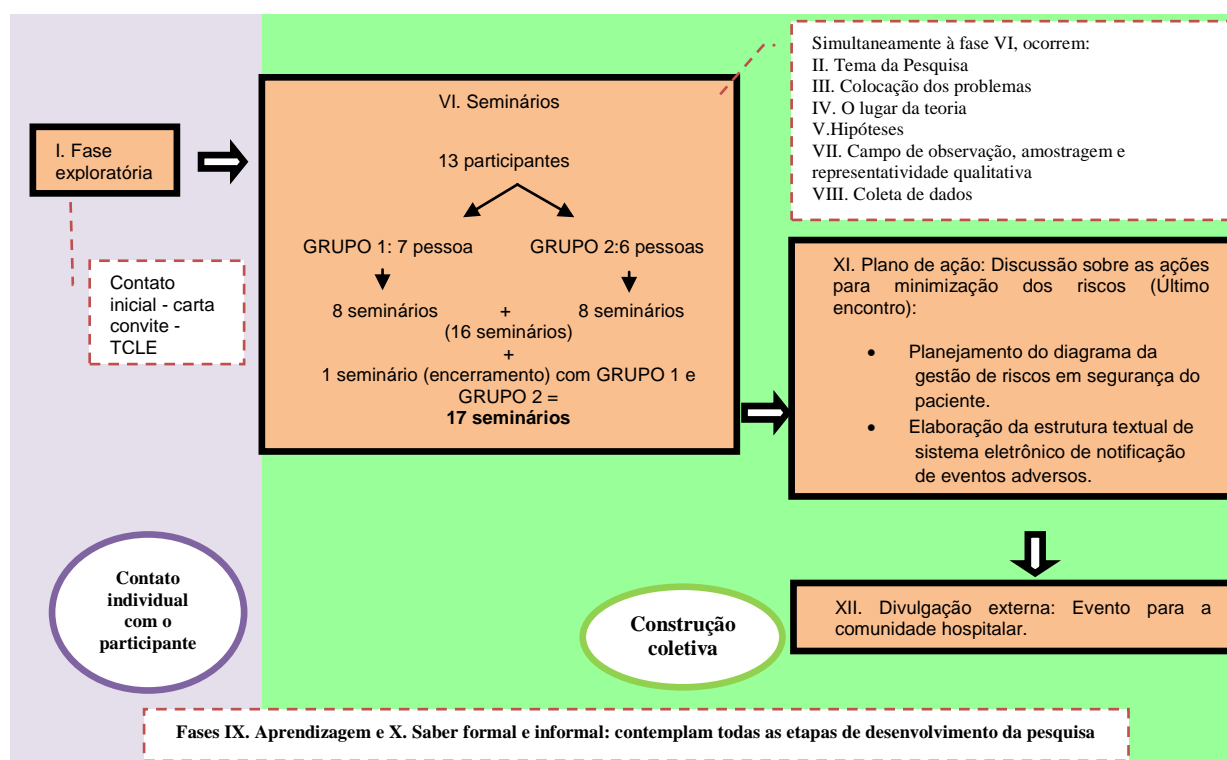


Figura 1: Descrição das fases da Pesquisa-Ação. Fonte: O autor, 2017.

Os participantes foram divididos em dois grupos, nominados 1 e 2. Cada grupo participou de 8 encontros, além do encontro de encerramento, que foi realizado em um único evento com ambos os grupos. Nos 16 seminários (8 com cada grupo, totalizando 16), foi realizada a identificação das prioridades e dos fatores de risco que envolvem a segurança do paciente com transtorno mental. Logo após, houve a definição da estrutura dos protocolos (quais seriam os componentes do documento). Em seguida, deu-se início à elaboração dos protocolos. Após cada encontro, o conteúdo discutido era analisado e formatado dentro do padrão de protocolo definido pelo grupo e entregue aos participantes para avaliação e validação por consenso. No encontro seguinte eram recolhidos com as devidas sugestões. Dessa maneira, foram elaborados 7 protocolos: 1. Identificação Correta do paciente; 2. Higienização de mãos; 3. Prevenção de Violência; 4. Prescrição e Administração Segura de Medicamentos; 5. Prevenção de Evasão de Pacientes; 6. Prevenção de Lesão por Contenção; e 7. Prevenção de Quedas. No último encontro, o 17º seminário, foram apresentados todos os protocolos devidamente formatados e validados por consenso pelo grupo. Ainda nesse seminário, o diagrama em árvore de gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental e a proposta textual de software para gestão interna de notificações de incidentes, ambos desenvolvidos através da análise do conteúdo das discussões em grupo, foram expostos e avaliados pelos participantes.

O instrumento utilizado foi constituído por diário de bordo, ou diário de campo. Além disso, todos os seminários foram gravados em MP3 por gravador de áudio voz digital R-70 4gb Mp3, transcritos na íntegra em atas de registro e autorizados pelos participantes, o que era afirmado a cada início dos eventos realizados.

Análise dos dados

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin⁽¹²⁾ sistematizada por Oliveira⁽¹³⁾, aplicada no âmbito da Pesquisa-Ação. Nesta pesquisa, optou-se por usar os temas como unidade de registro. Ressalta-se que a maior parte do texto foi transformado em unidade de registro. Foi utilizado um quadro matriz para registro de todas as unidades de registro. Em sequência, foram definidas as unidades de significação ou temas, ou seja, a associação das unidades de registro a unidades de significação ou temas. Assim, cada tema é composto por um conjunto de unidades de registro. Elaborou-se um quadro síntese das unidades de registro e unidades de significação na análise de conteúdo, conforme é sugerido por Oliveira⁽¹³⁾. Seguiu-se a análise categorial do texto: a partir dos temas determinados e da sua quantificação, foram definidas as dimensões nas quais os temas aparecem, agrupando-os

segundo critérios teóricos ou empíricos e as hipóteses de análise. Tais dados foram dispostos em quadro síntese de construção de categorias na análise de conteúdo, também proposto por Oliveira⁽¹³⁾. A Figura 2 apresenta a descrição do processo de análise de dados.

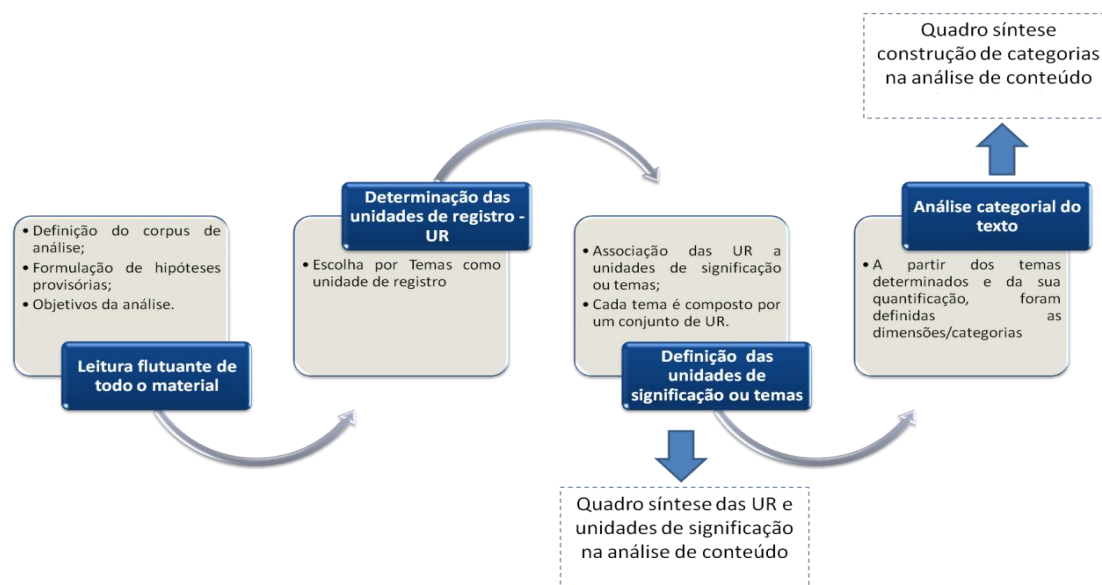


Figura 2: Descrição do processo da Análise de dados. Fonte: O autor, 2017.

Foi estabelecido um código (P1, P2...) para preservar o anonimato e foram utilizados símbolos como [...] significando que parte da fala foi omitida e [] na pausa dos depoimentos.

Resultados

Participaram do estudo 13 participantes da equipe multiprofissional, com idade média de 32,9 anos. Dentre esses, 11 eram do sexo feminino e 02 do sexo masculino. Quanto à titulação profissional máxima, um participante possuía mestrado, enquanto os demais tinham especialização. Acerca da atuação em saúde mental, 8 participantes possuem de 1 a 5 anos de experiência, os demais, 05 participantes, atuam de 6 a 10 anos em saúde mental. Com relação à profissão, o grupo era composto por 05 enfermeiros, 02 assistentes sociais, 03 psicólogos, 01 fonoaudiólogo, 01 farmacêutico e 01 médico.

A partir da análise do corpus textual dos seminários, obteve-se 03 categorias: “Construção dos protocolos”; “Elaboração de diagrama e da Proposta textual de software para gestão interna de notificações de incidentes” e “A pesquisa-ação como estratégia coletiva para organização da gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental”, as quais serão apresentadas a seguir,

Categoria 1: Construção dos protocolos

Nessa categoria os participantes discutiram acerca da especificidade da área da saúde mental, pois são pacientes com características específicas e que precisam elaborar protocolos que evidenciem essas particularidades. A seguir apontaram quais protocolos eram prioridades para os pacientes com transtorno mental e qual estrutura organizacional seria utilizada para a construção dos protocolos.

Os participantes mencionaram os protocolos que são preconizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, porém enfatizaram que para a saúde mental, há necessidade de adequação.

Protocolos que já são estabelecidos pela ANVISA, ou podemos pensar em outros? Psiquiatria é muito atípico[...] (P1).

[...] O perfil dos nossos pacientes não é de fazer úlcera por pressão. Caminham, se movimentam. O problema é quando tem que conter (P3).

Conforme o relato dos participantes, as prioridades para elaboração de protocolos definidas por todo o grupo foram: Prevenção de Evasão; identificação correta do paciente; prevenção de quedas; prevenção de lesão por contenção mecânica; higienização das mãos; prescrição e administração corretas de medicamento; e prevenção de violência.

[...] minha opinião é que, baseado neste material que tem os protocolos mínimos, que são estabelecidos pela ANVISA, na verdade a gente tem que ir por exclusão, já que são estabelecidos. Precisamos fazer todos, simplesmente. Digo, fazer tudo que se enquadra na nossa realidade, não dá para a gente simplesmente não fazer. As prioridades seriam higiene de mãos, prescrição e administração segura, quedas, identificação do paciente. Os outros: cirurgia segura não entra porque nós não fazemos cirurgia e prevenção de úlcera por pressão, que eu acredito que não seja o perfil dos nossos pacientes desenvolverem esse tipo de lesão, a não ser aqueles que desenvolvem lesão por contenção, que talvez pudesse fazer algo nesse sentido (P10).

Eu acho que agressão também deve ser falado. Entre os próprios pacientes, física, sexual. Verbal nem consideramos (P6).

A seguir o grupo propôs uma estrutura organizacional de protocolos que continha como sequência: definição, finalidade do protocolo, abrangência do protocolo, fatores de risco, medidas para prevenção, como proceder em situações, notificação, indicadores e referências.

[...] deve seguir uma lógica, por exemplo um protocolo de quedas, acredito que tem que ter conceito de queda; segundo tópico: práticas para minimizar a ocorrência de quedas; fatores de risco para quedas, como proceder, etc. Isso tudo deve estar dentro do protocolo (P13).

[...] os protocolos de segurança do paciente devem ser monitorados, devemos ter indicadores que são acompanhados para nós termos o parâmetro de como está a instituição e os eventos adversos referentes a cada protocolo. Para ter indicadores, nós precisamos definir o que vai ser notificado, nós precisamos da notificação feita pelos profissionais saúde ou até por familiares acerca do que ocorre. Então esses aí tem que estar no protocolo, os indicadores e notificação (P5).

E então, o grupo discutiu, baseado na sequência da estrutura organizacional, cada tema de protocolo. Neste sentido, a categoria construção de protocolos se subdividiu em 7 subcategorias: Prevenção de Evasão; identificação correta do paciente; prevenção de quedas; prevenção de lesão por contenção mecânica; higienização das mãos; prescrição e administração corretas de medicamento; e prevenção de violência.

Na primeira subcategoria, prevenção de evasão, os participantes relataram a preocupação e a necessidade de existir uma padronização de como agir nessas ocorrências devido aos aspectos do quadro psiquiátrico.

[...] o transtorno mental precisa ser manejado em caso de sair por evasão, pois o paciente pode sofrer um atropelamento, ou fazer algum ato de agressão. Precisamos saber como conduzir isso (P2).

Sobre a finalidade do protocolo, o grupo decidiu que será garantir a continuidade da assistência ao paciente na unidade de internação; garantir a integridade física e psíquica do

paciente; evitar danos decorrentes da evasão de indivíduo com capacidade de decisão limitada.

O hospital tem que garantir a continuidade da assistência no setor de internação (P1).

[...] além de que a integridade física e mental do paciente tem que ser garantida também (P9).

[...] Evitar que o paciente sofra qualquer coisa na evasão[]. Ele é um indivíduo com capacidade de decisão limitada.

Na subcategoria identificação correta do paciente, os participantes relataram a inquietação quanto à gravidade dos riscos da identificação incorreta no paciente com transtorno mental:

Mudanças de leito, setor ou profissional que assiste ao paciente. Às vezes o próprio paciente muda de leito, e ainda se perguntar, fala o nome do outro (P4).

Tudo deve ser notificado. Tanto a ocorrência de identificação incorreta com danos, e a ocorrência de identificação incorreta sem danos, até as situações em que o paciente está sem identificação. Isso é muito grave, pois as medicações psicotrópicas são muito complexas (P6).

Na terceira subcategoria, prevenção de quedas, houve um consenso do grupo quanto aos fatores de risco. Os profissionais relataram fatores relacionados ao ambiente e quanto ao perfil dos pacientes:

Fator de risco seria: medicamentos que causam muita sonolência, perda de equilíbrio corporal, hipotensão postural, urinar e escorregar, escada no pátio (P08).

Outro fator de risco: lâmpadas queimadas. À noite isso é um risco grande. Outro risco: equipe de limpeza lavar corredores com pacientes nas enfermarias. Como medidas de proteção, deveria fazer manutenção nas lâmpadas e telhado, e organizar e planejar a limpeza em momentos em que tenha o mínimo de paciente transitando. O ideal seria eliminar a escada (P12).

Quanto à finalidade, o grupo apontou que além da correção dos riscos, há a necessidade de conscientização da comunidade hospitalar:

A finalidade seria reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e pátios. Conscientizar sobre o cuidado multiprofissional para promoção de um ambiente seguro (P10).

Os participantes relataram na subcategoria prevenção de lesão por contenção mecânica uma preocupação quanto à legalidade do procedimento de contenção mecânica.

Primeiro, acho que temos que buscar as legislações que se referem à contenção, principalmente dos conselhos profissionais, e deixar bem claro a atuação e a legalidade disso para cada profissional (P12).

A preocupação dos profissionais acerca dos danos que essa prática, quando feita de maneira incorreta, ocasiona nos pacientes foi percebida:

Muitas vezes recebemos o paciente, é feita a contenção e por dano e técnica incorreta, o paciente tem que ser transferido para a ala clínica. Às vezes o caso dele seria tratado em um ou dois dias, e por causa disso, fica aqui uns sete dias (P9).

Como finalidade do protocolo foi definido evitar a ocorrência de lesão por contenção mecânica nos pacientes que necessitam deste procedimento; conscientizar os profissionais sobre o dano que pode ser causado com uma técnica incorreta de contenção mecânica; orientar os profissionais de saúde sobre a indicação da utilização da contenção mecânica; instigar os profissionais a repensar a sua finalidade, indicação e modos de usá-la, para que seja um procedimento terapêutico e não de repressão.

[...] que um dos principais objetivos é conscientizar os profissionais. O que vejo às vezes é que isso é feito como punição, repressão (P4).

Tem que educar os profissionais. Não acredito que tenham noção do dano que causam (P5).

Além disso, o relato também foi sobre a falta de artigos adequados para a realização da técnica:

[...] mas alguns desconhecem a técnica correta. E muitas vezes não tem a contenção dentro do que é recomendado, e a equipe fica refém do improviso (P5).

Na subcategoria higienização das mãos, os participantes discutiram sobre a cultura de lavagem de mãos e, diante disso, elencou-se como um dos principais fatores de risco a falta de conscientização sobre a importância do processo:

Falta de conscientização sobre a importância da higienização de mãos, bem como das complicações que podem ocorrer no paciente, como as infecções (P5).

Quando discutido sobre a notificação, concluiu-se que a falta de condição para higienização de mãos é um dos eventos que devem ser notificados:

[...] notificação deve ocorrer quando houver alguma dificuldade em higienizar as mãos. Uma torneira com defeito, falta de papel toalha, ou sabão, etc (P6).

Na subcategoria prescrição e administração corretas de medicamento, a discussão foi ampla. O grupo mostrou-se bastante preocupado com os erros relacionados aos medicamentos. Relataram que os pacientes apresentam certas características que podem deixá-los vulneráveis aos danos:

Estado de consciência do paciente; pacientes em leitos próximos dentro da mesma enfermaria com nomes iguais ou similares; prescrições realizadas de forma equivocada (P4).

Outros fatores de risco relacionados à instituição foram mencionados:

Medicamentos em frascos muito parecidos, déficit de profissionais; despreparo profissional (P2).

Acerca da prescrição médica, houve a concordância de todo o grupo que esse é um cenário no qual deve haver intervenção da gestão de risco na segurança do paciente:

Na utilização de expressões vagas – Quando for preciso utilizar a expressão “se necessário” ou “SOS”, deve definir: Dose; posologia; dose máxima diária deve estar claramente descrita; e condição que determina o uso ou interrupção do uso do medicamento (P9).

Na subcategoria prevenção de violência, os participantes mencionaram tanto a violência física quanto a sexual. Relataram que há necessidade de discutir sobre esse tema, para que os profissionais tenham diretrizes a seguir quando há esse tipo de ocorrência. Ainda citaram a relevância do espaço para discussão ser na presença da equipe multiprofissional, para que a análise seja feita por diferentes visões e áreas.

Esse tema é importantíssimo. Já tentamos discuti-lo diversas vezes, sem sucesso. E aí, quando acontece alguma coisa, há condutas diferentes, porque não tem um padrão a seguir (P5).

Precisamos discutir isso em equipe multiprofissional mesmo. Pois é um tema polêmico e tem que ser visto de todos os ângulos: da psicologia, da enfermagem, do serviço social, enfim, por todos (P1).

Quando discutido sobre os fatores de risco, os participantes referem que os pacientes com transtorno mental possuem características importantes que devem ser consideradas para avaliar o risco:

Delírios persecutórios, às vezes nos confundem com o que os afligem (P5).

Dificuldade de comunicação do paciente, que pode ficar agressivo por essa dificuldade (P11).

Fica vulnerável. Outro paciente mais ativo pode empurrá-lo, bater, entre outras coisas (P4).

No caso, uma hipersexualização. O que pode ser um grande fator para o abuso sexual (P1).

Discutiu-se intensamente sobre as medidas de prevenção para a violência. Os participantes relataram a importância de envolver os familiares, além de aperfeiçoar a abordagem do profissional e o monitoramento do risco de agressão:

Orientar a família sobre a importância de não trazer pertences potencialmente perigosos. Na verdade, tem que falar na admissão o que pode ser perigoso. Às vezes eles não têm noção de perigo (P7).

Melhorar a abordagem do profissional. Alguns não fazem da forma correta (P5).

Como às vezes os pacientes confundem o funcionário com alguém do passado dele, acho interessante fazer remanejamentos necessários, entre as enfermarias, de funcionários e/ou pacientes, baseados no risco de agressão (P10).

Categoria 2: Elaboração de diagrama e da proposta textual de software para gestão interna de notificações de incidentes

Nesta categoria, os participantes remetem a eficiência das ferramentas elaboradas e a facilidade de utilizá-las, e concluem que são funcionais e adequadas ao processo de trabalho desenvolvido na instituição.

O Diagrama em árvore da gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental é uma tecnologia gerencial que apresenta sistematicamente as etapas da gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental, quais sejam: Identificação dos riscos, análise dos riscos, avaliação dos riscos e tratamento dos riscos. Cada etapa se desdobra em ações que devem ser realizadas para o alcance da segurança do paciente e, por sua vez, cada ação possui uma matriz controle que especifica quem, quando e se está concluída ou não. A proposta textual de software para gestão interna de notificações de incidentes, também caracterizada como tecnologia gerencial, é um instrumento que permitirá o monitoramento dos riscos e dos eventos adversos na instituição.

A proposta textual para a notificação também ficou bem resumida e fácil de preencher. E o melhor foi que cada um teve a oportunidade de contribuir e dar a sua opinião (P11).

O diagrama é um instrumento muito bom. Resume, na verdade, o que vamos fazer na segurança do paciente (P6).

As duas ferramentas estão satisfatórias. Fáceis de entender e tudo objetivo. A proposta textual para a notificação é clara, e acho que a equipe vai se adaptar (P5).

Categoria 3: A pesquisa-ação como estratégia coletiva para organização da gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental

Sobre a percepção dos participantes quanto à pesquisa, destacam-se a produção coletiva de conhecimento, a valorização da equipe, a oportunidade de participar de uma pesquisa, a produção das ferramentas gerenciais para a segurança do paciente.

O fato de termos, enquanto equipe, um lugar para expressar as ideias, ouvir as outras pessoas envolvidas também na assistência e criar, de forma coletiva, instrumentos para trabalhar melhor, garantir qualidade dos serviços, é muito gratificante. E outro ponto importante é que nós, da ponta, completamente técnicos, voltamos a participar do meio da pesquisa, que é importante para despertar o interesse em estudar, pesquisar (P11).

Para a segurança do paciente foi um avanço. Agora já temos os protocolos prontos, e a gestão já solicitou a composição e implantação do Núcleo de Segurança do Paciente. Houve sensibilização da equipe para um tema tão atual e tão importante (P8).

Conheci e li muito sobre o tema. E agora sou do Núcleo de Segurança do Paciente, e isso que foi elaborado aqui vai ser excelente. Essa pesquisa foi no momento certo. E a escolha desse modo, de juntar os profissionais, discutir, avaliar, depois revalidar com todos foi muito legal (P2).

Discussão

Este estudo buscou, através da pesquisa-ação, construir a gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental. A temática segurança do paciente, é amplamente discutida e estudada, porém, especificamente na saúde mental, essa prática ainda é incipiente⁽¹⁰⁾.

A pesquisa-ação possui como característica o envolvimento do pesquisador com os participantes e com a investigação, sendo uma produção coletiva de conhecimento. Torna-se possível que os membros de uma organização participem do planejamento e da mudança da realidade em que estão inseridos⁽¹⁴⁾. De fato, essa percepção de construção em equipe foi percebida e valorizada pelo grupo.

Os resultados desta pesquisa sugerem que a saúde mental é uma assistência muito específica e que o paciente com transtorno mental possui muitas particularidades decorrentes do seu estado psíquico. Tais características podem ser predisponentes de alguns comportamentos de risco, influenciando na segurança, tanto do paciente quanto de quem está ao seu redor⁽¹⁵⁾.

Nesse sentido, é necessário que a assistência prestada ao paciente com transtorno mental tenha, além dos cuidados já aplicados ao paciente clínico referentes à sua condição orgânica, atenção às particularidades e possíveis fatores predisponentes a situações que possam ser prejudiciais ao próprio paciente e ou à equipe que o assiste⁽¹⁰⁾.

No Brasil, foram definidos protocolos mínimos para a segurança do paciente, podendo estes serem adequados conforme o perfil de pacientes da instituição^(16,17). Nesta pesquisa, com base nas características do perfil e dos riscos aos quais o paciente com transtorno mental está exposto, definiram-se as prioridades para gestão de risco, haja vista que as ações devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde do local para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutiva⁽¹⁸⁾. As prioridades definidas pelos participantes demonstram que situações, além daquelas já evidenciadas pela Organização Mundial de Saúde, como prevenção de evasão, lesão por contenção e violência, são comuns nos serviços de saúde mental e devem ser consideradas e discutidas no âmbito da segurança do paciente.

Desta maneira, realizar a gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental compreende um processo de sistematização e aplicação de políticas, procedimentos e práticas para identificação, avaliação, tratamento, monitoramento e análise crítica dos riscos. A participação de toda a equipe é necessária, envolvendo desde gestores a executores das atividades, pois isso assegura que a gestão de riscos alcance a problemática local, de ângulos e posições estratégicas⁽¹⁹⁾.

Limitações do estudo

A necessidade de dividir os participantes do estudo em dois grupos de pesquisa-ação representou uma limitação na discussão conjunta dos temas em um mesmo espaço. Apesar dessa limitação, este estudo conseguiu alcançar discussões pertinentes e inovadoras acerca da segurança do paciente na saúde mental, além de incentivar e fortalecer a cultura de segurança do paciente, principiando a mudança das práticas e conceitos nessa instituição.

Contribuição para a área da enfermagem e saúde

Para a assistência de enfermagem ao paciente com transtorno mental, os resultados deste estudo oferecem um conjunto de tecnologias gerenciais que servem como base para a organização de um cuidado qualificado, assegurando ao profissional uma padronização das ações fundamentada nos princípios da segurança do paciente.

Considerações finais

Este estudo permitiu a implantação da gestão de risco na segurança do paciente em um hospital de referência em saúde mental, e esse processo foi possível por meio da estratégia da pesquisa-ação.

Embora o tema segurança do paciente seja amplamente discutido em âmbito mundial, sua discussão no cenário da saúde mental ainda é restrita. A pesquisa-ação possibilitou uma construção coletiva e participativa de ferramentas para gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental.

Através desta pesquisa, foram construídas três ferramentas de gestão: 1) Diagrama em árvore da gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental, tecnologia gerencial que apresenta sistematicamente as etapas da gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental, quais sejam: Identificação dos riscos, análise dos riscos, avaliação dos riscos e tratamento dos riscos. Cada etapa se desdobra em ações que devem ser realizadas para o alcance da segurança do paciente e, por sua vez, cada ação possui uma matriz controle que especifica quem, quando e se está concluída ou não; 2) Protocolos de Segurança do Paciente com Transtorno Mental, tecnologia gerencial constituída por sete protocolos, quais sejam: identificação correta do paciente, higienização de mãos, prevenção de violência, prescrição e administração segura de medicamentos, prevenção de evasão de pacientes, prevenção de lesão por contenção, e prevenção de quedas; 3) Proposta textual de software para gestão interna de notificações de incidentes, tecnologia gerencial que constitui de um formulário para notificação de incidentes que podem gerar dano ao paciente.

Finalmente, este estudo reafirma a necessidade de novos estudos sobre a saúde mental e o cuidado seguro, utilizando, principalmente, estratégias que envolvam toda a equipe no desenvolvimento de práticas e na efetivação da gestão de riscos à segurança do paciente com transtorno mental.

Referências

1. Vieira Keila Furtado, Shitara Edson Shusaku, Mendes Maria Elizabete, Sumita Nairo Massakazu. A utilidade dos indicadores da qualidade no gerenciamento de laboratórios clínicos. J. Bras. Patol. Med. Lab. [Internet]. 2011 June [acesso em 20 nov 2016] ; 47(3): 201-210. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442011000300002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-24442011000300002>.
2. Machado Juliana Pires, Martins Ana Cristina Marques, Martins Mônica Silva. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2013 June [acesso em 01 set 2016] ; 29(6): 1063-1082. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600004>.
3. Reis Adriana Teixeira, Silva Carlos Renato Alves da. Segurança do Paciente. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2016 [acesso em 01 dez 2016] ; 32(3): eRE020316. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000301002&lng=en. Epub Apr 12, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XRE020316>.
4. Fermo Vivian Costa, Radünz Vera, Rosa Luciana Martins da, Marinho Monique Mendes. Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2016 [acesso em 09 set 2016.] ; 37(1): e55716. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100407&lng=en. Epub Mar 01, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.55716>.
5. World Health Organization. Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks. 1.ed. [Internet]. WHO Regional Office for Europe; 2013 [acesso em 02 dez 2014]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/185779/e96814.pdf.
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução Da Diretoria Colegiada - RDC nº. 63 de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. [resolução na internet]. Diário Oficial da União 28 nov 2011 [acesso em 02 dez 2014]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3fcb208049af5f1e96aeb66dcdbd9c63c/RDC+36+de+25_11_2011+Vers%C3%A3o+Publicada.pdf?MOD=AJPERES <http://elegis.bvs.br/leisrefpublicshowAct.php?id=>.
7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras

providências. [portaria na internet]. Diário Oficial da União 02 de abril de 2013 [acesso em 02 dez 2014]. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução Da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. [resolução na internet]. Diário Oficial da União 26 de julho de 2013 [acesso em 02 dez 2014]. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.

9. Fernandes Liva Gurgel Guerra ; Tourinho Francis Solange Vieira ; Souza Nilba Lima De. Contribuição de James Reason para a segurança do paciente: reflexão para a prática de enfermagem. Rev enferm UFPE on line., . [Internet]. Jul 2014 [acesso em 09 set 2016.] ; Recife, 8(supl. 1):2507-12. Disponível em:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6217/9853>.

10. Briner Matthias, Manser Tanja. Clinical risk management in mental health: a qualitative study of main risks and related organizational management practices. BMC health services research . [Internet]. 2013. [acesso em 13 mai 2016] 13(1):44. Disponível em:

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-44>.

11. Thiollent, Michel. Metodologia da Pesquisa-ação. 18.ed. São Paulo: Cortez, 2009. 136p.

12. Bardin, Laurence. Análise de Conteúdo.Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro.Lisboa: Edições 70, 2011.

13. Oliveira, DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2008; [acesso em 15 jun 2015] 16(4): 569-76.

14. Silva Jaqueline Carvalho e, Moraes Eronice Ribeiro de, Figueiredo Maria do Livramento Fortes, Tyrrell Maria Antonieta Rúbio. Pesquisa-ação: concepções e aplicabilidade nos estudos em enfermagem. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2011 June [acesso em 13 jun 2016] ; 64(3): 592-595. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300026&lng=en.

15. Estrela Kelly da Silva Rocha, Loyola Cristina Maria Douat. Administration of medication to use when needed and the care of psychiatric nursing. Rev. bras. enferm. [Internet]. Ago 2014 [acesso em 13 jul 2016]; 67(4):563-567. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000400563&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670410>.

16. Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. [portaria na internet]. Diário Oficial da União 25 de setembro de 2013 [acesso em 02 dez 2014]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html. >.

17. Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. [portaria na internet]. Diário Oficial

da União 10 de julho de 2013 [acesso em 02 dez 2014]. Disponível em:
<<http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/download/category/255-legislacao?download=1292:portaria-1377-2013.>>.

18. Alosani Tânia Regina, Nunes Karla Gomes. A saúde mental na atenção básica: a percepção dos profissionais de saúde. Rev. Psicol. Saúde [Internet]. Dez 2013 [acesso em 15 jun 2017]; 5(2) 71-80. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000200002&lng=pt.

19. Associação Brasileira de Normas Técnicas. Gestão de riscos. Princípios e diretrizes. Norma Brasileira ISO 31000 de 30 de novembro de 2009.1 ed. . [norma técnica na internet]. Nov 2009 [acesso em 09 ago 2015]. Disponível em
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:q09BeWv0TKwJ:200.129.168.182:4030/attachments/download/7055/0000077796-ISO31000.pdf+&cd=4&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>.

5.5 ARTIGO 2

Revista: Escola Anna Nery Revista de Enfermagem

Pesquisa Original

Segurança do Paciente com transtorno mental: elaboração de tecnologias gerenciais para a gestão de risco

Patient Safety with Mental Disorder: Developing Management Technologies for Risk Management

Seguridad del paciente con trastorno mental: elaboración de tecnologías gerenciales para la gestión de riesgos

Resumo

Objetivo: descrever a elaboração de tecnologias gerenciais para a gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental. **Método:** Estudo do tipo pesquisa ação, realizado em 17 seminários com 13 integrantes da equipe multiprofissional de um hospital de referência em saúde mental em um estado da região sudeste do Brasil. **Resultados:** Foram elaboradas e validadas duas tecnologias gerenciais: Diagrama da gestão de risco e protocolos, ambos com enfoque na segurança do paciente com transtorno mental. **Conclusões e implicações para a prática:** O uso de tecnologias na assistência à saúde permite o avanço nas práticas e o aumento da qualidade do serviço prestado. A construção de tecnologias gerenciais oferece ao enfermeiro e à equipe multidisciplinar uma linha de base para que o cuidado seja oferecido com qualidade e fundamentado nos princípios de segurança do paciente.

Descritores: Segurança do Paciente; Transtornos Mentais; Gestão de Riscos; Tecnologia.

Abstract

Objective: to describe the development of management technologies for risk management in the safety of patients with mental disorders. **Method:** A research study, conducted in 17 seminars with 13 members of the multiprofessional team of a reference hospital in mental health in a state in the southeastern region of Brazil. **Results:** Two management technologies were developed and validated: Risk management diagram and protocols, both focusing on the

safety of patients with mental disorders. **Conclusions and implications for practice:** The use of health care technologies allows for advances in practices and an increase in the quality of the service provided. The construction of management technologies offers the nurse and the multidisciplinary team a baseline so that the care is offered with quality and based on the principles of patient safety.

Key words: Patient Safety; Mental Disorders; Risk Management; Technology.

Resumen

Objetivo: describir la elaboración de tecnologías gerenciales para la gestión de riesgos en la seguridad del paciente con trastorno mental. **Método:** Estudio del tipo investigación acción, realizado en 17 seminarios con 13 integrantes del equipo multiprofesional de un hospital de referencia en salud mental en un estado de la región sudeste de Brasil. **Resultados:** Se elaboraron y validaron dos tecnologías gerenciales: Diagrama de gestión de riesgos y protocolos, ambos con enfoque en la seguridad del paciente con trastorno mental. **Conclusiones e implicaciones para la práctica:** El uso de tecnologías en la asistencia a la salud permite el avance en las prácticas y el aumento de la calidad del servicio prestado. La construcción de tecnologías gerenciales ofrece al enfermero y al equipo multidisciplinario una línea de base para que el cuidado sea ofrecido con calidad y fundamentado en los principios de seguridad del paciente.

Palabras clave: Seguridad del Paciente; Trastornos Mentales; Gestión de Riesgos; Tecnología.

INTRODUÇÃO

O paciente com transtorno mental possui muitas particularidades decorrentes do seu estado psíquico. Tais características podem ser predisponentes de alguns comportamentos de risco, influenciando na segurança, tanto do paciente quanto de quem está ao seu redor⁽¹⁾.

Dessa forma, é necessário que a assistência prestada ao paciente com transtorno mental, tenha, além dos cuidados já aplicados ao paciente clínico referente à sua condição orgânica, uma atenção aos possíveis fatores predisponentes a situações que possam ser prejudiciais ao próprio paciente e ou à equipe que o assiste⁽²⁾.

Conforme a Norma Brasileira ISO 31000:2009⁽³⁾, a Gestão de Riscos é a sistematização e aplicação de políticas, procedimentos e práticas para identificação, avaliação, tratamento, monitoramento e análise crítica dos riscos.

Na segurança do paciente, a gestão de risco objetiva a precoce identificação de riscos potenciais, e, conseqüentemente, diminuir ou eliminar efeitos adversos decorrentes do atendimento em saúde. Deve-se haver garantias por parte do gestor de risco que se realize a prevenção, detecção, registro e correção de deficiências, sendo necessária a inserção de estratégias para a mudança na cultura de detecção das falhas, subsidiando os profissionais na prevenção de erros através de medidas que garantam a qualidade dos processos executados⁽⁴⁾.

Tais estratégias para o gerenciamento de risco são sustentadas por tecnologias, que surgem a partir de experiências, vivências e pesquisa, a qual permite a concretização e construção de produtos com a finalidade de intervir em uma determinada situação prática⁽⁵⁾. Autoras⁽⁵⁾ classificam as tecnologias em: Educacionais, assistenciais e gerenciais. A primeira se refere à dispositivos para o intermédio do processo ensino-aprendizagem, empregadas entre educadores e educandos, os quais podem ser utilizados nos vários processos de educação formal acadêmica e continuada. As tecnologias assistenciais são os dispositivos usados para mediar processos que envolvem cuidados, aplicados por profissionais com os pacientes nos serviços de saúde. E, as tecnologias gerenciais são aqueles dispositivos para a mediação de processos de gestão, aplicados por profissionais nos serviços de saúde⁽⁵⁾.

Para a que a gestão de riscos seja implantada, a Norma Brasileira ISO 31000:2009 estabelece que alguns aspectos sejam considerados, entre eles o uso de ferramentas para gerenciar riscos⁽³⁾, tais como o diagrama em árvore, que permite identificar com detalhes ou desdobramentos de uma ação, problemas a serem estudados. Objetiva demonstrar as etapas de ações e metas que devem ser cumpridas para o alcance do objetivo primário. Seu nome "em árvore" é explicado pelo fato de sua estrutura ter ramificações, que se desdobram desde o

objetivo (ou fim) até as tarefas (ou meios) que serão desenvolvidas. Para um planejamento ainda mais detalhado, sugere-se a criação de uma matriz para controle em cada tarefa, com os itens quem, quando e status⁽⁶⁾.

Nesse contexto, outro importante instrumento para gestão são os protocolos, os quais são um conjunto de regras, normas ou padrões, com o objetivo de padronizar uma conduta com a finalidade de facilitar o gerenciamento das ações⁽⁷⁾, podem ser clínicos e/ou de organização dos serviços, quando classificados segundo a sua natureza⁽⁸⁾. Seu uso permite maior segurança aos usuários e profissionais, direcionamento dos profissionais para a tomada de decisão e incorporação de novas tecnologias, minimização da variabilidade de ações de cuidado, inovação do cuidado, uso racional dos recursos disponíveis e consequente transparência e controle dos custos. Além disso, os protocolos facilitam o desenvolvimento e monitoramento de indicadores e a qualidade do processo⁽⁹⁾.

Para a elaboração de um protocolo, é necessário o trabalho em equipe, conhecimento da população que será assistida e recursos. A seguir, deve-se adequar a realidade do território, conhecer as formas de organização da sociedade local ou, no caso hospitalar, da instituição, definir as prioridades, necessidades, conhecer o perfil epidemiológico dos eventos e situações que se almeja padronizar com os protocolos, inclusive reconhecer as áreas de riscos e quem está mais exposto a esses riscos⁽⁸⁾.

Diante do exposto, levanta-se as seguintes questões: 1) As tecnologias gerenciais, inclusive os protocolos de organização do serviço e diagrama em árvore de gestão de risco são importantes ferramentas para o gerenciamento dos riscos na segurança do paciente; 2) A temática gestão de risco na segurança do paciente é algo emergente e necessita ser discutido e implantado nas instituições; 3) A segurança do paciente com transtorno mental possui algumas características específicas que devem ser consideradas para a gestão dos riscos.

Nesse sentido, este artigo tem como objetivo descrever a elaboração de tecnologias gerenciais para a gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental.

MÉTODO

Estudo do tipo pesquisa-ação, realizado em 17 seminários com 13 integrantes da equipe multiprofissional de um hospital de referência em saúde mental na região sudeste do Brasil. Os participantes foram divididos em dois grupos, numerados respectivamente como 1 e 2. Nos 17 seminários (8 com cada grupo, totalizando 16, e um último seminário, com a participação de todos os participantes), foi realizada a identificação das prioridades e fatores de risco que envolvem a segurança do paciente com transtorno mental. Logo após, houve a definição da estrutura dos protocolos (quais seriam os componentes do documento).

Baseados nas metas internacionais de Segurança do Paciente e na realidade da instituição, elegeram-se 7 prioridades na segurança do paciente com transtorno mental: Identificação Correta do paciente; Higienização de mãos; Prevenção de Violência; Prescrição e Administração Segura de Medicamentos; Prevenção de Evasão de Pacientes; Prevenção de Lesão por Contenção; Prevenção de Quedas.

Em seguida, deu-se início à elaboração dos protocolos. Após cada encontro, o conteúdo discutido era analisado e formatado no padrão de protocolo definido pelo grupo e entregue aos participantes para avaliação e validação por consenso. No encontro seguinte, eram recolhidos com as devidas sugestões. A seguir, são descritas as atividades quanto à elaboração de protocolos em cada encontro:

No encontro 1, prioridades foram definidas baseadas na realidade, sendo elaborados os protocolos de segurança do paciente: prevenção de quedas; prevenção de evasão; identificação correta do paciente; prevenção de lesão por contenção mecânica; higienização das mãos e prescrição e administração corretas de medicamento e prevenção de violência.

No encontro 2, houve a definição de padrão dos componentes dos protocolos: conceito ou definição; finalidade; abrangência; fatores de risco; medidas de prevenção; como proceder se a situação ocorrer; notificação de eventos; indicadores, e a discussão para elaboração do protocolo de prevenção de quedas.

No encontro 3, seguiu-se com a validação consensual do protocolo de prevenção de quedas e a discussão para elaboração do protocolo de prevenção de evasão. No encontro 4, realizou-se a validação consensual do protocolo de prevenção de evasão e a discussão para elaboração do protocolo de identificação correta do paciente.

No encontro 5, houve a validação consensual do protocolo de identificação correta do paciente e a discussão para elaboração do protocolo de prevenção de lesão por contenção mecânica. No encontro 6, foi feita a validação consensual do protocolo de prevenção de lesão por contenção mecânica e a discussão para elaboração do protocolo de higienização de mãos.

No encontro 7, realizou-se a validação consensual do protocolo de higienização de mãos e a discussão para elaboração do protocolo de prescrição e administração corretas de medicamento. No encontro 8, houve a validação consensual do protocolo de prevenção de prescrição e administração corretas de medicamento, elaboração do protocolo de prevenção de violência e validação consensual do protocolo de prevenção de violência.

Após a análise do conteúdo das discussões em grupo, e posteriormente ao 16º seminário, o diagrama em árvore de gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental foi desenvolvido graficamente: na primeira coluna, cada etapa da gestão de risco que se desdobrou para a segunda coluna, onde foram descritas as ações de cada etapa e, na terceira coluna, a descrição dos indicadores que serão monitorados. Em caixas de observação, foi organizada a matriz controle. O diagrama finalizado foi apresentado no último encontro, o 17º seminário, no qual houve a avaliação dos participantes do estudo e validação por consenso.

Além disso, nesse 17º seminário, foram apresentados todos os protocolos devidamente formatados e validados por consenso pelo grupo.

O presente trabalho respeitou os princípios éticos no que se refere à pesquisa com seres humanos, sendo apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em 13 de Julho de 2016, recebendo o parecer de nº 1.634.031, CAAE 53621716.5.0000.5060.

RESULTADOS

Foram elaboradas duas tecnologias gerenciais: protocolos e diagrama em árvore da gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental.

DESCRIÇÃO DOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL

Tecnologia gerencial denominada protocolos de segurança do paciente, constituída por sete protocolos, quais sejam: Identificação Correta do paciente; Higienização de mãos; Prevenção de Violência; Prescrição e Administração Segura de Medicamentos; Prevenção de Evasão de Pacientes; Prevenção de Lesão por Contenção; Prevenção de Quedas.

Os protocolos possuem a formatação padronizada, e apresentam um cabeçalho de identificação e rodapé com dados sobre versão e data, elaboração e aprovação do documento. Cada protocolo possui uma sequência de componentes: Definição, finalidade, abrangência, fatores de risco, medidas para prevenção, como proceder (no caso específico de cada protocolo, exemplo na evasão do paciente, queda, entre outros), notificação, indicadores e referências. Na figura 1, é apresentado um exemplo de protocolo elaborado.

Figura 1.Exemplo de protocolo construído. Brasil, 2017

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente	Equipe Técnica:
PREVENÇÃO DE EVASÃO DE PACIENTES	
DEFINIÇÃO DE EVASÃO DE PACIENTES:	
FINALIDADE DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO EVASÃO DE PACIENTES:	
ABRANGÊNCIA DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO EVASÃO DE PACIENTES:	
FATORES DE RISCO PARA EVASÃO DE PACIENTES:	
Relacionadas ao indivíduo com transtorno mental	
Relacionadas ao ambiente hospitalar	
MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE EVASÃO DE PACIENTES:	
COMO PROCEDER EM SITUAÇÕES DE EVASÃO DE PACIENTES:	
NOTIFICAÇÃO DE EVASÃO:	
INDICADORES:	
REFERÊNCIAS:	
Protocolo de Prevenção de Evasão de Pacientes	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional	Aprovado por Equipe Multiprofissional
	Direção Técnica

DESCRIÇÃO DO DIAGRAMA EM ÁRVORE DA GESTÃO DE RISCO NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL

Tecnologia gerencial denominada diagrama em árvore que apresenta sistematicamente as etapas da gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental, quais sejam: Identificação dos riscos, análise dos riscos, avaliação dos riscos e tratamento dos riscos. Cada etapa se desdobra em ações que devem ser realizadas para o alcance da segurança do paciente,

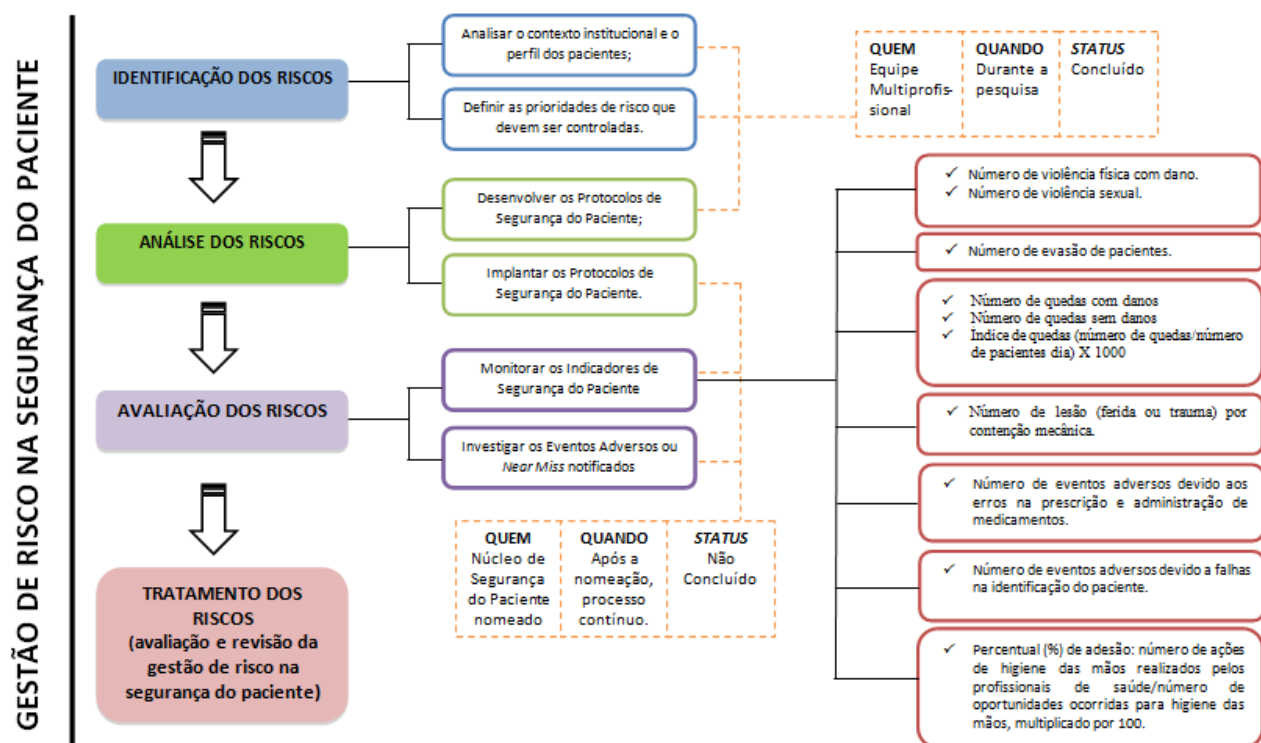
e, por sua vez, cada ação possui uma matriz controle que especifica quem, quando e se está concluída ou não.

Dessa maneira, na primeira etapa, de reconhecimento de riscos, as ações são analisar o contexto institucional e o perfil dos pacientes e definir as prioridades de risco que devem ser controladas; na segunda etapa, de análise dos riscos, as ações são desenvolver protocolos de segurança do paciente e implantar os protocolos de segurança do paciente; na terceira etapa, de avaliação dos riscos, as ações são monitorar os indicadores de segurança do paciente e investigar os eventos adversos ou *Near Miss* notificados.

Na terceira etapa, enfatiza-se que a primeira ação, monitorar indicadores, desdobra-se em quais indicadores serão monitorados: número de violência física com dano; número de violência sexual; número de evasão de pacientes; número de quedas com danos; número de quedas sem danos; índice de quedas (número de quedas/número de pacientes dia) x 1000; número de lesão (ferida ou trauma) por contenção mecânica; número de eventos adversos devido aos erros na prescrição e administração de medicamentos; número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente; percentual (%) de adesão: número de ações de higiene das mãos realizados pelos profissionais de saúde/número de oportunidades ocorridas para higiene das mãos, multiplicado por 100.

Na última etapa, de tratamento dos riscos, há a avaliação e revisão de todo o processo. Quanto a matriz de controle, as três primeiras ações mencionadas foram realizadas pela equipe multiprofissional, durante esta pesquisa e a situação é concluída. Quanto às outras quatro ações, serão realizadas pelo Núcleo de Segurança do Paciente da Instituição, após nomeação em Diário Oficial, dessa forma, a situação dessas ações ainda não está concluída. Na figura 2 observa-se o diagrama em árvore da gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental.

Figura 2. Diagrama em árvore da gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental. Brasil, 2017.



DISCUSSÃO

Diversas tecnologias gerenciais podem contribuir no processo de gerenciamento e qualidade: Diagrama de afinidade; Diagrama de relações; Diagrama em árvore; Matriz de decisão; Estratificação; Diagrama de processo decisório; Matriz de relações; Folha de verificação; Gráficos; Diagrama de causa e efeito; Histograma; Diagrama de dispersão; Fluxograma; Brainstorming; 5W1H; PDCA; Protocolos entre outros⁽⁶⁾.

As ferramentas construídas nesta pesquisa são estratégias para a gestão de risco na segurança do paciente, na qual a participação de toda a equipe é necessária, desde gestores aos executores das atividades, pois assegura que a gestão de riscos alcance a problemática local, de ângulos e posições estratégicas⁽³⁾.

Apesar da segurança do paciente ser uma temática amplamente discutida atualmente, sua discussão na saúde mental ainda é restrita⁽¹⁾. Dessa maneira, tecnologias gerenciais que possibilitem a viabilidade da gestão dos riscos inerentes ao paciente com transtorno mental devem ser desenvolvidas e aplicadas objetivando uma assistência livre de danos ^(1,2).

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O uso de tecnologias na assistência à saúde permite o avanço nas práticas e o aumento da qualidade do serviço prestado. No que tange à segurança do paciente com transtorno mental, é fato que a temática necessita ser amplamente discutida, haja vista a especificidade do público assistido e às inúmeras particularidades e fatores predisponentes que podem ocasionar dano ao paciente.

A construção de tecnologias gerenciais, no caso deste estudo, protocolos de segurança do paciente com transtorno mental e diagrama em árvore da gestão de risco do paciente, oferecem ao enfermeiro e à equipe multidisciplinar uma linha de base para que o cuidado seja oferecido com qualidade, fundamentado nos princípios de segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Estrela Kelly da Silva Rocha, Loyola Cristina Maria Douat. Administration of medication to use when needed and the care of psychiatric nursing. Rev. bras. enferm. [Internet]. Ago 2014 [acesso em 13 jul 2016]; 67(4):563-567. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000400563&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670410>.
2. Briner Matthias, Manser Tanja. Clinical risk management in mental health: a qualitative study of main risks and related organizational management practices. BMC health

services research . [Internet]. 2013. [acesso em 13 mai 2016] 13(1):44. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-44>.

3. Associação Brasileira de Normas Técnicas. Gestão de riscos. Princípios e diretrizes. Norma Brasileira ISO 31000 de 30 de novembro de 2009.1 ed. . [norma técnica na na internet]. Nov 2009 [acesso em 09 ago 2015]. Disponível em <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:q09BeWv0TKwJ:200.129.168.182:4030/attachments/download/7055/0000077796-ISO31000.pdf+&cd=4&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>.

4. Fernandes Liva Gurgel Guerra ; Tourinho Francis Solange Vieira ; Souza Nilba Lima De. Contribuição de James Reason para a segurança do paciente: reflexão para a prática de enfermagem. Rev enferm UFPE on line., . [Internet]. Jul 2014 [acesso em 09 set 2016.] ; Recife, 8(supl. 1):2507-12. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6217/9853>.

5. Nietsche Elisabeta Albertina, Backes Vânia Marli Schubert, Colomé Clara Leonida Marques, Ceratti Rodrigo do Nascimento, Ferraz Fabiane. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2005 June [cited 2017 June 18] ; 13(3): 344-352. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300009&lng=en.

6. César, Francisco I Giocondo. Ferramentas Gerenciais da Qualidade: Instrumentos para gerenciamento e tomada de decisão na implantação da melhoria contínua. [Internet] 2013. [acesso em 13 jul 2016]. 1ed. São Paulo: Biblioteca 24 horas, 2013. 142p. Disponível em: https://books.google.com.br/books/about/Ferramentas_B%C3%A1sicas_da_Qualidade.html?hl=pt-BR&id=CniEMu69GTgC.

7. Hebling Sandra Regina Faccioli, Pereira Antonio Carlos, Hebling Eduardo, Meneghim Marcelo de Castro. Considerações para elaboração de protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. Ago 2010 [acesso em 16 abr 2017] ; 12(4): 1067-1078. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400028&lng=en.

8. Wernek, M. A. F.; Faria, H. P.; Campos, K. F. C. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do usuário. Belo Horizonte, Nescon (Núcleo de educação em saúde coletiva) da Faculdade de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG. [Internet]2009[acesso em 10 jun 2016]. Ed. Coopmed, 84p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagen/1750.pdf>.

9. CORENSP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Guia para a Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem. [Internet] 2012. [acesso em 8 mai 2017]1ed. São Paulo: CORENSP, 46p. Disponível em:<<http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/guia%20constru%C3%A7%C3%A3o%20protocolos%2025.02.14.pdf>>. Acesso em 16 abr.2017.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou, através da pesquisa-ação, construir a gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental. A temática segurança do paciente é amplamente discutida e estudada, porém, especificamente na saúde mental, essa prática ainda é restrita.

Através desta pesquisa, foram construídos três produtos: Diagrama em árvore da gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental, tecnologia gerencial que apresenta sistematicamente as etapas da gestão de risco na segurança do paciente; Protocolos de segurança do paciente com transtorno mental, tecnologia gerencial constituída por sete protocolos, quais sejam: identificação correta do paciente, higienização de mãos, prevenção de violência, prescrição e administração segura de medicamentos, prevenção de evasão de pacientes, prevenção de lesão por contenção, e prevenção de quedas; Proposta textual de software para gestão interna de notificações de incidentes, tecnologia gerencial que constitui-se de um formulário para notificação de incidentes que podem gerar dano ao paciente. Os dois primeiros produtos foram registrados sob a forma de documento instrucional na instituição hospitalar na qual foram desenvolvidos, enquanto que o terceiro produto foi registrado sob a forma de proposta textual de software para gestão interna de notificações de incidentes nessa instituição hospitalar.

Os resultados desta pesquisa sugerem que a saúde mental é uma assistência muito específica e que o paciente com transtorno mental possui muitas particularidades decorrentes do seu estado psíquico. Nesse sentido, é necessário que a assistência prestada ao paciente com transtorno mental tenha, além dos cuidados já aplicados ao paciente clínico referentes à sua condição orgânica, atenção aos possíveis fatores predisponentes a situações que possam ser prejudiciais ao próprio paciente.

As prioridades definidas pelos participantes demonstram que outras situações, além daquelas já evidenciadas pela OMS, como prevenção de evasão, lesão por contenção e violência, são comuns nos serviços de saúde mental e devem ser consideradas e discutidas no âmbito da segurança do paciente.

A pesquisa-ação possui como característica o envolvimento do pesquisador com os participantes e com a investigação, sendo uma produção coletiva de conhecimento. De fato, essa percepção de construção em equipe foi percebida e valorizada pelo

grupo. As ferramentas gerenciais desenvolvidas neste estudo foram elaboradas e implantadas com a participação efetiva e integral de toda a equipe multidisciplinar em todos os encontros da pesquisa. O envolvimento da equipe influenciou positivamente na construção da gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental, para que o processo de sistematização e aplicação de políticas, procedimentos e práticas para identificação, avaliação, tratamento, monitoramento e análise crítica dos riscos alcance a problemática local, de ângulos e posições estratégicas.

Além do alcance dos objetivos desta pesquisa, ressalta-se que ocorreram algumas mudanças na instituição do estudo. A mais notória foi a criação e nomeação oficial do Núcleo de Segurança do Paciente, e o convite à pesquisadora para assumir a presidência deste serviço. Desta maneira, estima-se que a pesquisa iniciou um processo de mudança de cultura institucional referente à Segurança do Paciente.

Para a assistência em enfermagem na saúde mental, os resultados deste estudo oferecem uma linha de base para que o cuidado seja oferecido com qualidade, assegurando ao profissional uma padronização das ações fundamentada nos princípios de segurança do paciente.

A necessidade de dividir os participantes do estudo em dois grupos de pesquisa-representou uma limitação na discussão conjunta dos temas em um mesmo espaço. Apesar dessa limitação, este estudo conseguiu alcançar discussões pertinentes e inovadoras acerca da segurança do paciente na saúde mental, além de incentivar e fortalecer a cultura de segurança do paciente, principiando a mudança das práticas e conceitos na instituição na qual desenvolveu-se a pesquisa.

Finalmente, este estudo reafirma a necessidade de discussão científica sobre a saúde mental e o cuidado seguro, o envolvimento de toda a equipe no desenvolvimento de práticas e na efetivação da gestão de riscos na segurança do paciente com transtorno mental.

REFERÊNCIAS

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. Gestão de riscos. Princípios e diretrizes. **Norma Brasileira ISO 31000.1** ed. 30 nov. 2009. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:q09BeWv0TKwJ:200.129.168.182:4030/attachments/download/7055/0000077796-ISO31000.pdf+&cd=4&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em 09 ago. 2015.

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS). Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES). **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária: 2013a. 170p.

_____. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS). Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES). **Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária: 2013b. 70p.

ASSIS, Yole Matias Silveira de; ALVES, Kisna Yasmin Andrade; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira. Evidências científicas do cuidado de enfermagem e segurança do paciente em unidade de internação oncológica. **Revista Cubana de Enfermeria**. v. 32, n. 3. 2016. Disponível em: <<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1047/194>> Acesso em 03 jan. 2017.

AZZOLIN, Karina et al. Consenso de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca em domicílio. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 56-63, Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Mai. 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2011

BARROS, Augusto Paes de. Gestão de risco. In: CABRAL, Carlos; CAPRINO, WILLIAN. **Trilhas em Segurança da Informação: Caminhos e ideias para a proteção de dados**. Rio de Janeiro: Brasport, 2015. 256p.

BELLUCCI JÚNIOR, José Aparecido, MATSUDA, Laura Misue. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em Serviço Hospitalar de Emergência: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2011 dez; vol. 32, n. 4, pp. 797-806. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400022>. Acesso em 01 set. 2016.

BRASIL. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Resolução Da Diretoria Colegiada - **RDC nº. 63 de 25 de novembro de 2011**. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3fcb208049af5f1e96aeb66dcdbd9c63c/RDC+36+de+25_11_2011+Vers%C3%A3o+Publicada.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em 02 dez.2014.

_____. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013a**. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em 02 dez.2014.

_____. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Resolução Da Diretoria Colegiada - **RDC nº 36, de 25 de julho de 2013b**. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em 02 dez.2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.377, de 9 de julho de 2013c**. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Disponível em: <<http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/download/category/255-legislacao?download=1292:portaria-1377-2013>>. Acesso em 15 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 2.095, de 24 de setembro de 2013d**. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>. Acesso em 15 abr. 2017.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Gerência de Regulação e Assistência à Saúde Gerência de Vigilância em Saúde. **Diretrizes da Saúde Mental**. 1ed. Vitória, 2008.

BRINER, Matthias; MANSER, Tanja. Clinical risk management in mental health: a qualitative study of main risks and related organizational management practices. **BMC health services research**, v. 13, n. 1, p. 44, 2013. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-44>>. Acesso em 13 mai 2016.

CALDANA, Graziela *et al.* Indicadores de desempenho em serviço de enfermagem hospitalar: Revisão integrativa. **Rev Rene. Fortaleza**, 2011. Jan/mar; 12(1):189-97. Disponível em: <<http://200.129.29.202/index.php/rene/article/view/4185/3240>>. Acesso em 03 abr. 2017.

CARVALHO, Marly Monteiro de. Histórico da Gestão da Qualidade. In: CARVALHO, Marly Monteiro de *et al.* **Gestão da Qualidade: Teoria e casos**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

CARRION, Carla Torres Pereira; MARGOTTO, Lilian Rose; ARAGAO, Elizabeth Maria Andrade. As causas das internações no Hospital Adauto Botelho (Cariacica, ES) na segunda metade do século XX. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1323-1340, Dec. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000401323&lng=en&nrm=iso>. acesso em 17 June 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000400009>.

CAVALCANTE, Paloma de Souza *et al.* Indicadores de qualidade utilizados no gerenciamento da assistência de enfermagem hospitalar. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, nov/dez 2015; 23(6):787-93. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7052>>. Acesso em 15 abr. 2017.

CÉSAR, Francisco I Giocondo. **Ferramentas Básicas da Qualidade**: Instrumentos para gerenciamento de processo e melhoria contínua. 1ed. São Paulo: Biblioteca 24 horas, 2011. 137p.

_____. **Ferramentas Gerenciais da Qualidade**: Instrumentos para gerenciamento e tomada de decisão na implantação da melhoria contínua. 1ed. São Paulo: Biblioteca 24 horas, 2013. 142p.

CORENSP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Guia para a Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem**. 1ed. São Paulo: CORENSP, 2012. 46p. Disponível em:< <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/guia%20constru%C3%A7%C3%A3o%20protocolos%205.02.14.pdf>>. Acesso em 16 abr.2017.

DONABEDIAN, Avedis. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Michingan: Health Administration Press; 1980a. p. 77-125.

_____. The definition of quality and approaches to its assessment. In: A. Donabedian, **Explorations in quality assessment and monitoring**. Vol I. Michigan: Health Administration Press; 1980b. p. 63-76.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial**: Região Metropolitana Espírito Santo 2013. Vitória: Secretaria da Saúde, 2013. 64p.

ESTRELA, Kelly da Silva Rocha; LOYOLA, Cristina Maria Douat. Administração de medicação de uso quando necessário e o cuidado de enfermagem psiquiátrica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 4, p. 563-567, ago. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000400563&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 abr. 2015.

FERMO, Vivian Costa; RADÜNZB; ROSA, Vera Luciana Martins da; MARINHO, Monique Mendes. Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea. **Rev Gaúcha Enferm.** mar; vol. 37, n. 1. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.55716>>. Acesso em 09 set. 2016.

FERNANDES, Liva Gurgel Guerra ; TOURINHO, Francis Solange Vieira ; SOUZA Nilba Lima de. Contribuição De James Reason Para A Segurança Do Paciente: Reflexão Para A Prática De Enfermagem. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, vol. 8, supl. 1, pp. 2507-12, jul., 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6217/9853>>. Acesso em 09 set. 2016.

GOUVEA, Carla Simone Duarte de; TRAVASSOS, Claudia. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, June 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 dez. 2014.

GRITTEM, Luciana; MEIER, Marineli Joaquim; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. Pesquisa-ação: Uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; vol. 17, n. 4, pp. 765-70. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/19.pdf>>. Acesso em 02 jun. 2015.

HEBLING, Sandra Regina Faccioli et al. Considerações para elaboração de protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 12, n. 4, pp. 1067-1078, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400028>. Acesso em 16 abr.2017.

HINRICHSEN, Sylvia Lemos et al. Gestão da Qualidade e dos riscos na segurança do paciente: estudo-piloto. **RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde** - jul./dez. 2011. Disponível em <revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/1400/957>. Acesso em 20 mai. 2015.

IOM. Institute of Medicine. **Crossing the Quality Chasm.** A New Health System for the 21 st Century. National Academy Press, Washington, 2001.

LOPES, Lúcia Marlene Macário; SANTOS, Sandra Maria Pereira dos. Florence Nightingale – Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. **Revista de Enfermagem Referência.** n.2. p.181-189. Dez, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn2/serIIIn2a19.pdf>> Acesso em 22 nov. 2016.

MACHADO, Juliana Pires et al. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 29, n. 6, pp. 1063-1082, jun, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a04v29n6.pdf>>. Acesso em 01 set.2016.

MENEGON, Guilherme Luís et al. Avaliação do Paciente na Emergência. In: QUEVEDO, João; CARVALHO, André F. **Emergências psiquiátricas**. 3. Ed. Porto Alegre : Artmed, 2014. 17-48p.

MORIN, André. **Pesquisa-ação integral e sistêmica**: uma antropopedagogia renovada. Trad.Michel Thiollent – Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

OLIVEIRA, Denize Cristina. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, 2008 out/dez: vol. 16, n. 4, pp. 569-76.

PROQUALIS. **Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**. Relatório Técnico Final. Trad. WHO - Conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Final Technical Report. Tradução realizada pela Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde, 2011.

RAMOS, Susana; TRINDADE, Lurdes . Gestão do risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. **Rev. Tecno hospita**, n. 48. Nov /Dez 2011. 16-20p. Disponível em: <<https://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1597/1/SusanaRamos.pdf>>. Acesso em 16 abr.2017.

REIS, Cláudia Tartaglia. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 18, n. 7, pp. 2029-2036, 2013. Disponível em :<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700018>. Acesso em 07 set. 2016.

ROCHA, Elyrose Sousa Brito et al. Gestão Da Qualidade Na Enfermagem Brasileira: Revisão De Literatura. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2013 dez; vol. 21, n. esp2, pp. 812-7. Disponível em: <www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a19.pdf>. Acesso em 30 ago.2016.

SILVA, Jaqueline Carvalho e. Pesquisa-ação: concepções e aplicabilidade nos estudos em Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2011 mai-jun; vol. 64, n. 3, pp. 592-5. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a26.pdf>>. Acesso em 04 jul. 2015.

SIMÕES E SILVA, Camila, et al. Opinião do enfermeiro sobre indicadores que avaliam a qualidade na assistência de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, jun; vol. 30, n. 2, pp. 263-71. Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7586/6684>>. Acesso em 01 set. 2016.

SOBEST. Sociedade Brasileira de Estomaterapia. **Consenso NPUAP 2016:** Adaptação cultural realizada por Profa Dr^a Maria Helena Larcher Caliri, Prof^a Dr^a Vera Lucia Conceição de Gouveia Santos, Dr^a Maria Helena Santana Mandelbaum, MSN Idevania Geraldina Costa. 2016. Disponível em: <<http://www.ibes.med.br/classificacao-das-lesoes-por-pressao-consenso-npuap-2016-adaptada-culturalmente-ao-brasil/#>>. Acesso em 15 abr. 2017.

SOUSA, Paulo; MENDES, Walter. **Conhecendo os riscos nas organizações de saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. 452p.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da Pesquisa-ação.** 18.ed. São Paulo: Cortez, 2009. 136p.

VIANA, M. F. *et al.* Processo de acreditação: uma análise de organizações hospitalares. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde.** Minas Gerais, n. 6, p. 35-45, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/1116/871>> Acesso em 19 nov. 2016.

VIEIRA, Keila Furtado et al. A utilidade dos indicadores da qualidade no gerenciamento de laboratórios clínicos. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 3, p. 201-210, June 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442011000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 fev. 2017.

WACHTER, Robert M. **Compreendendo a Segurança do Paciente** - 2ed. São Paulo: AMGH editora, 2013. 463p.

WERNEK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do usuário.** Belo Horizonte, Nescon (Núcleo de educação em saúde coletiva) da Faculdade de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, Ed. Coopmed, 2009, 84p.

WHO. World Health Organization. **Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks.** 1.ed. WHO Regional Office for Europe: 2013. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/185779/e96814.pdf>. Acesso em 02 dez. 2014.

WHO. World Health Organization. **The International Classification for Patient Safety Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Final Technical Report . Versão1.1. 2010. Disponível em :< http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf >. Acesso em 07 set. 2016.

_____. **World Alliance for Patient Safety**. Forward programme 2008-2009. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Famme_2008.pdf >. Acesso em 15 abr. 2017.

ANEXOS

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE**Pesquisador:** FERNANDA CORDEIRO SIRTOLI**Área Temática:****Versão:** 3**CAAE:** 53621716.5.0000.5060**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.634.031**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma dissertação de mestrado a ser desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFES. Será uma pesquisa qualitativa. Participarão 15 membros da equipe multidisciplinar do Hospital Estadual de Atenção Clínica, com interesse na temática em estudo. Serão excluídos aqueles que faltarem em dois ou mais encontros previstos na pesquisa. "Metodologia Proposta: Nesta pesquisa, a metodologia utilizada será a Pesquisa-Ação, de abordagem qualitativa. Thiollent (2008) explica que a pesquisa-ação é desenvolvida em doze fases, que são flexíveis, não seguindo necessariamente uma ordem rígida, podendo, em alguns casos serem desenvolvidas em um mesmo momento. A seguir são descritas as fases e as atividades que serão realizadas em cada uma delas: I. Fase exploratória: será realizado o contato inicial com os participantes, serão apresentados os objetivos da pesquisa, haverá entrega da carta convite (Apendice B), e, em caso de aceitação, entrega do termo de consentimento livre e esclarecido (Apendice C), realizado reconhecimento do perfil dos sujeitos através do questionário de identificação (Apendice D); essa fase será realizada de forma individual, com cada participante. II. Tema da Pesquisa: em discussão com o grupo multiprofissional, o tema da pesquisa será exposto para possíveis alterações e esclarecimentos; III. Colocação dos problemas: os problemas serão especificados, para direcionar a investigação; IV. O lugar da teoria: As literaturas que serão utilizadas como embasamento científico da pesquisa serão expostas e adaptadas conforme as

Endereço: Av. Marechal Campos 1468**Bairro:** S/N**UF:** ES**Telefone:** (27)3335-7211**Município:** VITORIA**CEP:** 29.040-091**E-mail:** cep@ccs.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 1.634.031

discussões em grupo. Inicialmente serão utilizadas as legislações e manuais da ANVISA acerca da Segurança do Paciente e a NBR ISO 31000:2009, sobre gestão de risco; V. Hipóteses: estabelecimento de hipóteses para o problema. Frente ao problema e o aprofundamento teórico sobre o assunto, o grupo estabelecerá algumas hipóteses para responder o questionamento inicial; VI. Seminários: serão realizados dois encontros de quatro horas para debater os assuntos e os riscos relacionados a cada um dos protocolos estabelecidos pela ANVISA: Primeiro encontro: • Prevenção de quedas; • Prevenção de UPP; • Higienização das Mãos. Segundo encontro: • Administração correta de medicamentos; • Identificação de Pacientes. E serão realizados mais dois seminários relacionados aos protocolos de segurança do paciente inerentes a psiquiatria: Primeiro encontro: • Prevenção de fuga; • Prevenção de Agressões; Segundo encontro: • Prevenção de automutilação e suicídio; • Prevenção de danos por contenção física. VII. Campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa: Serão campos de observação os setores de Unidade de Curta Permanência, Geriatria e Unidade de Urgência em Saúde Mental, que possuem 74 leitos. Os participantes da pesquisa serão todos os profissionais de saúde que se enquadrarem nos critérios de inclusão; VIII. Coleta de dados: Após a leitura e conhecimento sobre a temática e a observação em campo, a coleta de dados ocorrerá nos seminários e será gravada em áudio e transcrita para atas de registro posteriormente; IX. Aprendizagem: Essa fase será desenvolvida simultaneamente com as fases de lugar de teoria, seminários, plano de ação, saber formal e informal e divulgação externa; X. Saber formal/informal: e a interrelação entre pesquisador e participante, ocorrerá concomitantemente a todas as fases; XI. Plano de ação: Após a identificação dos riscos em cada protocolo já estabelecido, nos 4 Seminários (fase VI) já serão discutidos as ações para minimização dos riscos. Serão realizados na fase XI dois encontros: Primeiro encontro: • Planejamento do organograma da gestão de riscos em segurança do paciente; Segundo encontro: • Elaboração da estrutura textual do sistema eletrônico de notificação de eventos adversos. XII. Divulgação externa: após a conclusão da pesquisa, o resultado será divulgado para os participantes bem como para toda a comunidade hospitalar em um evento que ocorrerá no Hospital. As fases II, III, IV, V, VII serão realizadas em um mesmo encontro, no qual será estabelecido por todo o grupo o cronograma para os próximos encontros." "Para a análise dos dados, pretende-se utilizar a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2006), sistematizada por Oliveira (2008), aplicada no âmbito da Pesquisa-Ação. Oliveira a denomina de análise de conteúdo temático-categorial, que se baseia em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, em descobrir os diferentes núcleos de significado que constituem a comunicação, e posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias. Para essa autora a Análise

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep@ccs.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 1.634.031

de Conteúdo Temático Categorical e um recurso metodológico que "pode servir a muitas disciplinas e objetivos, uma vez que tudo que pode ser transformado em texto é passível de ser analisado". Essa modalidade de análise de conteúdo proposta pela autora constitui-se de procedimentos que também poderão ser aplicados em outros tipos de estudos. São eles: leitura flutuante; definição de hipóteses provisórias sobre o objeto estudado e o texto analisado; determinação das unidades de registro; definição das unidades de significação ou temas; análise temática das unidades de registro e análise categorial do texto." Os pesquisadores esperam "com essa pesquisa sistematizar a gestão de risco para melhor a segurança dos pacientes assistidos na instituição."

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores:

"Objetivo Primário: Implantar Gerenciamento de Risco para Segurança de Paciente em um Hospital de referência em Saúde Mental.

Objetivo Secundário: • Identificar fatores de risco que influenciam na segurança do paciente psiquiátrico; • Descrever o fluxograma da gestão de risco e eventos monitorados; • Implantar sistema eletrônico de notificações sobre incidentes para gerenciamento de risco; • Implantar Protocolos de Segurança do Paciente."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Ainda, segundo os pesquisadores:

"Riscos: Por se tratar de uma pesquisa na qual os participantes contribuirão com suas experiências profissionais e responderão a questionamentos, há um risco de desconforto do sujeito de pesquisa ao expor suas ideias ao grupo. Tudo que será discutido nas reuniões terá caráter sigiloso, sem obrigatoriedade de manifestação do participante com a garantia de participação até o término do estudo. Toda a pesquisa seguirá os preceitos éticos de pesquisa em seres humanos, respeitando a Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, bem como apenas será aplicada mediante aprovação no Comitê de Ética.

Benefícios:

A pesquisa será desenvolvida através de Pesquisa-Ação, com o objetivo de alterar a realidade local, diagnosticando problemas e desenvolvendo ações para a melhoria da qualidade. Diversos benefícios para a instituição e participantes podem ser esperados: • Aperfeiçoamento da equipe

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep@ccs.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 1.634.031

multiprofissional acerca de gerenciamento de risco e segurança do paciente;• Melhoria na qualidade da assistência prestada aos pacientes;• Estimulo a cultura de segurança na instituição."

A descrição dos riscos e benefícios atende a Res. CNS 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto adequado quanto às pendências apontadas nos pareceres anteriores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

No projeto GESTAO DE RISCOS NA SEGURANCA DO PACIENTE da pesquisadora FERNANDA CORDEIRO SIRTOLI constam os seguintes documentos:

- Folha de rosto: apresentada e adequada.
- Projeto detalhado: apresentado e adequado.
- TCLE: apresentado e adequado.
- Termo de Sigilo e Confidencialidade: dispensado (garantias constam no TCLE).
- Termo de anuência da instituição onde a pesquisa será realizada: apresentada e adequada.
- Cronograma: apresentado e adequado (atualizado - coleta de dados inicia em Julho/2016).
- Orçamento: apresentado e adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram solucionadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_642382.pdf	08/06/2016 19:30:00		Aceito
Recurso Anexado	Carta_Resposta_Pendencias_08_06_2	08/06/2016	FERNANDA	Aceito

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep@ccs.ufes.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES**



Continuação do Parecer: 1.634.031

pelo Pesquisador	016.doc	19:29:33	CORDEIRO SIRTOLI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Plataforma_Brasil_MODIFICAD O.doc	08/06/2016 19:29:02	FERNANDA CORDEIRO SIRTOLI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO.doc	08/06/2016 19:28:17	FERNANDA CORDEIRO SIRTOLI	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Carta_Resposta_Pendencias.doc	16/05/2016 13:58:58	FERNANDA CORDEIRO SIRTOLI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	27/02/2016 21:25:59	FERNANDA CORDEIRO SIRTOLI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_DE_PESQUISA.pdf	11/02/2016 11:41:02	FERNANDA CORDEIRO SIRTOLI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 13 de Julho de 2016

Assinado por:
Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
(Coordenador)

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep@ccs.ufes.br

APÊNDICES

APÊNDICE A

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM
CARTA CONVITE**

Vitória, ____/____/ 2016.

Ao Sr. _____

Vimos através desta, encaminhar a Vossa Senhoria, o nosso convite para participar da pesquisa intitulada, "GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE", que possui como objetivo geral Implantar Gerenciamento de Risco para Segurança de Paciente em um Hospital de referência em Saúde Mental.

O HEAC possui 113 leitos, dos quais ainda 74 são para pacientes psiquiátricos. Esse público apresenta particularidades que exigem condutas diferenciadas para garantia da qualidade da assistência prestada, que, apesar da grande dedicação da equipe, algumas vezes, expõe tais sujeitos a riscos à sua segurança decorrentes de sua condição psíquica.

Enquanto pesquisadora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo - Mestrado, com a experiência em hospital de referência em saúde mental e a notória necessidade de planejamento e estudos acerca da segurança do paciente psiquiátrico em instituições de saúde, decidi por pesquisar e implementar a gestão de riscos na segurança do paciente no HEAC.

Os pacientes com transtornos mentais são susceptíveis aos riscos à sua segurança devido às características de déficit do autocuidado e diminuição de raciocínio lógico. Neste sentido, justifica-se a realização deste estudo mediante a relevância de pesquisas sobre a gestão dos riscos à segurança e, conseqüentemente, a melhoria na qualidade da assistência prestada, principalmente quando tais pacientes possuem particularidades mentais que propiciam a ocorrência de incidentes.

Nesta pesquisa, a metodologia utilizada será a Pesquisa-Ação, de abordagem qualitativa. A pesquisa-ação possui como característica o envolvimento do pesquisador com os participantes e com a investigação, sendo uma produção coletiva de conhecimento. Torna-se possível que os membros de uma organização participem do planejamento e da mudança da realidade em que estão inseridos (SILVA *et al.*, 2011). A pesquisa será desenvolvida em cinco encontros nas dependências do HEAC.

A escolha dessa metodologia foi motivada pelo reconhecimento de que os riscos são percebidos e devem ser evitados por toda a equipe, sendo de grande relevância a participação dos membros da equipe multiprofissional no planejamento e gerenciamento de riscos na segurança do paciente.

Esclarecemos ainda que toda a pesquisa seguirá os preceitos éticos de pesquisa em seres humanos, respeitando a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, bem como apenas será aplicada mediante aprovação no Comitê de Ética.

Diante do exposto, e por ser de grande importância a sua participação no estudo, o convidamos a ser sujeito da investigação da pesquisa.

Orientadora: Prof^a Dr^a Eliane de Fátima Almeida Lima. Prof.^a Dr.^a do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional – PPGENF/UFES.

Pesquisadora: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil

Telefone para contato: (27) 9 9703 3292

Desde já agradecemos a colaboração.

Atenciosamente,

Pesquisadora: Enf^a. FERNANDA CORDEIRO SIRTOLI VANTIL.
Mestranda do PPGENF/UFES. CPF 122.250.137-64

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL

Pesquisadora principal: **Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda)**

Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa realizada pelo Programa de Pós Graduação - Mestrado Profissional em Enfermagem, com o **Título da Pesquisa:** "Gestão de Riscos na Segurança do Paciente". Este estudo justifica-se devido à necessidade de aprimorar o conhecimento sobre a segurança do paciente e aumentar a qualidade da assistência, minimizando os eventos adversos e possíveis danos que podem acarretar aos pacientes. Diante disso, pretendemos implantar o gerenciamento de risco para segurança de paciente em um hospital de referência em saúde mental; com identificação dos fatores de risco que influenciam na segurança do paciente psiquiátrico; descrição do fluxograma da gestão de risco e eventos monitorados; implantação de sistema eletrônico de notificações sobre incidentes para gerenciamento de risco e implantação de protocolos de segurança do paciente. A sua participação se dará pela assinatura deste termo em duas vias e por meio da participação em cinco Seminários/Reuniões acerca da gestão do risco na segurança do paciente que serão realizados no Auditório do Hospital Estadual de Atenção Clínica, com um encontro semanal com duração de duas horas. A metodologia utilizada será a Pesquisa-Ação, de abordagem qualitativa. Como benefícios, a pesquisa possibilitará aperfeiçoamento da equipe multiprofissional acerca de gerenciamento de risco e segurança do paciente; melhoria na qualidade da assistência prestada aos pacientes e estímulo à cultura de segurança na instituição. É garantida a liberdade da retirada de consentimento e da participação do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Em qualquer etapa do estudo, o senhor(a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal pesquisadora é a Enfermeira Mestranda Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil que poderá ser encontrada na Avenida Marechal Campos 1468, Maruípe, Departamento de Enfermagem – UFES, tel: (27) 99703-3292, email: fernandacordeirosirtoli@gmail.com; ou Orientadora Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima, tel: (27) 99903-9867, email: elianelima66@gmail.com. Por se tratar de uma pesquisa na qual os participantes contribuirão com suas experiências profissionais e responderão a questionamentos, há um risco de desconforto do sujeito de pesquisa ao expor suas ideias ao grupo; se necessário, os participantes terão acompanhamento e assistência psicológicos. Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do pesquisador. Toda a pesquisa seguirá os preceitos éticos de pesquisa em seres humanos, respeitando a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, bem como apenas será aplicada mediante aprovação no Comitê de Ética. Enfatizamos que os pesquisadores cumpriram com o item IV.3 da Res. CNS 466/12.

GARANTIA DO SIGILO À PESSOA E CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS COLETADOS

Será garantido o sigilo de todos os dados obtidos. Cada participante será identificado apenas por um número de participação, conhecido apenas pelas pesquisadoras. Nenhum resultado será reportado com identificação pessoal. Os dados coletados serão lançados nos resultados da pesquisa, os quais ficarão retidos pelo pesquisador, para uso dessas informações no trabalho, podendo ser utilizados na divulgação em jornais e/ou revistas científicas nacionais e internacionais. Caso a pesquisa seja publicada, toda e qualquer identidade permanecerá confidencial.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Ciências da Saúde -UFES (parecer número 1.634.031).

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu _____ RG: _____,

tendo em vista as informações acima apresentadas, acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com a pesquisadora **Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil** sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro, também, que minha participação é isenta de despesa. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo de qualquer natureza.

Vitória, ____ de _____ de ____.

Assinatura do participante

Enfermeira Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil

Pesquisadora responsável: Enfermeira Mestranda FERNANDA CORDEIRO SIRTOLI VANTIL. Endereço: Avenida Marechal Campos 1468, Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, Maruípe, Vitória-ES, Brasil. CEP 29.040-090 – UFES, tel: (27) 99703-3292. Email: fernandacordeirosirtoli@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Espírito Santo-UFES. Endereço: Avenida Marechal Campos 1468, Prédio da Administração do Centro de Ciências da Saúde-CCS/UFES, Maruípe, Vitória - ES, Brasil. CEP 29.040-090. Tel: 3335-7211. Email: cep.ufes@hotmail.com. Horário de funcionamento: De segunda a sexta-feira, de 8 às 17h.

APÊNDICE C

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

1. Sexo: () Feminino () Masculino
2. Idade (anos completos): () 20 a 30 anos () 31 a 40 anos () 41 a 50 anos () 51 a 60 anos () acima de 60 anos
3. Titulação máxima: () Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado
4. Tempo de graduação (anos completos): () 1 a 5 anos () 6 a 10 anos () 11 a 15 anos () 16 a 20 anos () acima de 20 anos
5. Tempo de prática na saúde mental (em anos): ____ anos.
6. Profissão: _____

APÊNDICE D
QUADRO SÍNTESE DE DESCRIÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DOS SEMINÁRIOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Encontros	Objetivos alcançados	Atividades e ações	Produto
ENCONTRO 1 GRUPO 1 - Duração 1 hora e 27 min). Data 21/11/2016 GRUPO 2 - (Duração 1 hora e 10 min). Data 21/11/2016	<ul style="list-style-type: none"> Identificar fatores de risco que influenciam na segurança do paciente psiquiátrico. Elaborar protocolos de segurança do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação inicial; ✓ Prioridades definidas, baseado na nossa realidade, de protocolos de Segurança do Paciente: Prevenção de Quedas; Prevenção de Evasão; Identificação correta do paciente; Prevenção de Lesão por Contenção mecânica; Higienização das mãos e Prescrição e Administração corretas de Medicamento e Prevenção de Violência. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Início do desenvolvimento de protocolos: definição de prioridades.
ENCONTRO 2 GRUPO 1 - Duração 45 min). Data 01/12/2016 GRUPO 2 - (Duração 55 min). Data 02/12/2016	<ul style="list-style-type: none"> Identificar fatores de risco que influenciam na segurança do paciente psiquiátrico. Elaborar protocolos de segurança do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Definição de padrão de protocolo: Conceito ou Definição; Finalidade; Abrangência; Fatores de Risco; Medidas de Prevenção; Como proceder se a situação ocorrer; Notificação de eventos; Indicadores. ✓ Construção do Protocolo Prevenção de Quedas. ✓ Após o encontro com os dois grupos, é feita uma síntese e entregue para nova avaliação 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaboração do Protocolo de Prevenção de Quedas.

		dos participantes e recolhido no próximo encontro.	
ENCONTRO 3 GRUPO 1 – (Duração 1 hora e 10 min). Data 15/12/2016 GRUPO 2 – (Duração 40 min). Data 15/12/2016	<ul style="list-style-type: none"> Identificar fatores de risco que influenciam na segurança do paciente psiquiátrico. Elaborar protocolos de segurança do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recolhimento do protocolo de prevenção de quedas avaliado; ✓ Construção do Protocolo de Prevenção de Evasão. ✓ Após o encontro com os dois grupos, é feita uma síntese e entregue para nova avaliação dos participantes e recolhido no próximo encontro. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Validação consensual do protocolo de Prevenção de Quedas. ✓ Elaboração do Protocolo de Prevenção de Evasão.
ENCONTRO 4 GRUPO 1 – (Duração 35 min). Data 19/12/2016 GRUPO 2 - (Duração 33 min). Data 20/12/2016	<ul style="list-style-type: none"> Identificar fatores de risco que influenciam na segurança do paciente psiquiátrico. Elaborar protocolos de segurança do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recolhimento do protocolo de prevenção de evasão avaliado; ✓ Construção do Protocolo de Identificação Correta do Paciente. ✓ Após o encontro com os dois grupos, é feita uma síntese e entregue para nova avaliação dos participantes e recolhido no próximo encontro. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Validação consensual do Protocolo de Prevenção de Evasão. ✓ Elaboração do Protocolo de Identificação Correta do Paciente.
ENCONTRO 5 GRUPO 1 – (Duração 45 min). Data 12/01/2017 GRUPO 2 - (Duração 37 min). Data 11/01/2017	<ul style="list-style-type: none"> Identificar fatores de risco que influenciam na segurança do paciente psiquiátrico. Elaborar protocolos de segurança do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recolhimento do Protocolo de Identificação Correta do Paciente avaliado; ✓ Construção do Protocolo de Prevenção de Lesão por Contenção mecânica; ✓ Após o encontro com os dois grupos, é feita uma síntese e entregue para nova avaliação dos participantes e recolhido no próximo encontro. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Validação consensual do Protocolo de Identificação Correta do Paciente. ✓ Elaboração do Protocolo de Prevenção de Lesão por Contenção

			mecânica.
ENCONTRO 6 GRUPO 1 – (Duração 31 min). Data 19/01/2017 GRUPO 2 - (Duração 25 min). Data 24/01/2017	<ul style="list-style-type: none"> Identificar fatores de risco que influenciam na segurança do paciente psiquiátrico. Elaborar protocolos de segurança do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recolhimento do Protocolo de Prevenção de Lesão por Contenção mecânica avaliado; ✓ Construção do Protocolo de Higienização de Mãos; ✓ Após o encontro com os dois grupos, é feita uma síntese e entregue para nova avaliação dos participantes e recolhido no próximo encontro. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Validação consensual do protocolo de Prevenção de Lesão por Contenção mecânica. ✓ Elaboração do Protocolo de Higienização de Mãos.
ENCONTRO 7 GRUPO 1 – (Duração 52 min). Data 10/02/2017 GRUPO 2 - (Duração 32 min). Data 17/02/2017	<ul style="list-style-type: none"> Identificar fatores de risco que influenciam na segurança do paciente psiquiátrico. Elaborar protocolos de segurança do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recolhimento do Protocolo de Higienização de Mãos avaliado; ✓ Construção do Protocolo de Prescrição e Administração corretas de Medicamento; ✓ Após o encontro com os dois grupos, é feita uma síntese e entregue para nova avaliação dos participantes e recolhido no próximo encontro. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Validação consensual do protocolo de Higienização de Mãos. ✓ Elaboração do Protocolo de Prescrição e Administração corretas de Medicamento.
ENCONTRO 8 GRUPO 1 – (Duração 1 hora e 35 min). Data 09/03/2017 GRUPO 2 - (Duração 1 hora e 30 min). Data 16/03/2017	<ul style="list-style-type: none"> Identificar fatores de risco que influenciam na segurança do paciente psiquiátrico. Elaborar protocolos de segurança do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recolhimento do Protocolo de Prescrição e Administração corretas de Medicamento avaliado; ✓ Construção do Protocolo de Prevenção de Violência e validação consensual do Protocolo de Prevenção de Violência. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Validação consensual do protocolo de Prevenção de Prescrição e Administração corretas de Medicamento. ✓ Elaboração do

			Protocolo de Prevenção de Violência. ✓ Validação consensual do Protocolo de Prevenção de Violência.
ENCONTRO 9 GRUPO 1 e GRUPO 2 - (Duração 1 hora e 40 min). Data 27/03/2017	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever o diagrama da gestão de risco e eventos monitorados. • Elaborar a Proposta textual de software para de gestão interna de notificações de incidentes. 	✓ Apresentação final, com exposição dos produtos construídos através das discussões nos grupos de pesquisa-ação <ol style="list-style-type: none"> 1. Protocolos: <ol style="list-style-type: none"> I. Identificação Correta do paciente; II. Higienização de mãos; III. Prevenção de Violência; IV. Prescrição e Administração Segura de Medicamentos; V. Prevenção de Evasão de Pacientes; VI. Prevenção de Lesão por Contenção; VII. Prevenção de Quedas. 2. Diagrama em árvore de Gestão de Risco na Segurança do Paciente; 3. Proposta textual de software para de gestão interna de notificações de incidentes. ✓ Inicia a avaliação dos participantes sobre a pesquisa.	✓ Diagrama em árvore de Gestão de Risco na Segurança do Paciente; ✓ Proposta textual de software para de gestão interna de notificações de incidentes.

APÊNDICE E
QUADRO SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO NA ANÁLISE DE CONTEÚDO

Código dos Temas	Temas/Unidades de Significação	Número de Unidades de Registro									Total UR
		Seminário / Corpus 1	Seminário / Corpus 2	Seminário / Corpus 3	Seminário / Corpus 4	Seminário / Corpus 5	Seminário / Corpus 6	Seminário / Corpus 7	Seminário / Corpus 8	Seminário / Corpus 9	
I	A Psiquiatria é muito atípico e tem particularidades. O foco é prevenir danos - quais são?- que podem ser gerados quando assistimos ao paciente na saúde mental.	58	10	-	-	-	-	-	-	-	68
II	Os tópicos que deve conter no padrão de protocolo. Deve-se seguir uma lógica.	16	-	-	-	-	-	-	-	-	16
III	Prevenção de quedas: Fator de risco para quedas; medidas de prevenção para quedas; condutas em caso de quedas; indicadores para monitoramento para quedas;notificação de quedas.	9	70	11	-	-	-	-	-	9	99
IV	Prevenção de evasão: Fator de risco para evasão; medidas de prevenção para evasão; condutas em caso de evasão ; indicadores para monitoramento para evasão; notificação de evasão.	3	-	92	5	-	-	-	-	7	107
V	Identificação correta de pacientes: Fator de risco para identificação incorreta; medidas de prevenção para identificação incorreta; condutas em caso de identificação incorreta; indicadores para monitoramento identificação incorreta ; notificação de identificação incorreta.	5	-	-	78	3	-	-	-	3	89

VI	Prevenção de violência: Fator de risco para violência; medidas de prevenção para violência; condutas em caso de violência; indicadores para monitoramento para violência; notificação de violência.	12	-	-	-	-	-	-	79	3	94
VII	Higiene de mãos: Fator de risco para Higiene de mãos incorreta; descrição dos processos de Higiene de mãos; indicadores para monitoramento Higiene de mãos ; notificação de falta de condições para Higiene de mãos.	2	-	-	-	-	48	-	-	2	52
VIII	Prevenção de lesão por contenção: Fator de risco para lesão por contenção; medidas de prevenção de lesão por contenção; condutas em caso de lesão por contenção; indicadores para monitoramento de lesão por contenção; notificação de lesão por contenção.	8	-	-	-	70	9	-	-	4	91
IX	Prescrição e administração de medicamentos: fatores de risco para erros na prescrição e administração de medicamentos; práticas seguras para a prescrição e administração de medicamentos; condutas em situações de erros na prescrição e administração de medicamentos; notificação de erros na prescrição e administração de medicamentos/ indicadores para monitoramento de erros na prescrição e administração de medicamentos.	5	-	-	-	-	-	78	11	2	96
X	Organização da gestão de risco, etapas de gestão, monitoramento de indicadores e notificação de incidentes.	3	6	4	8	3	5	7	7	43	86
XI	A Pesquisa-ação e a construção coletiva	8	-	-	-	-	-	-	-	22	30
TOTAL UR		828									

Fonte: [Adaptado]Oliveira, 2008, p.575.

APÊNDICE F
QUADRO SÍNTESE DA CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS NA ANÁLISE DE CONTEÚDO

Temas/Unidades de Significação	Nº UR/ Tema	%UR/Tema	Categorias	Nº UR/ Categoria	% UR/ Categoria
A Psiquiatria é muito atípico e tem particularidades. O foco é prevenir danos - quais são?- que podem ser gerados quando assistimos ao paciente na saúde mental.	68	8,21%	Construção dos protocolos	712	85,99%
Os tópicos que deve conter no padrão de protocolo. Deve-se seguir uma lógica.	16	1,93%			
Prevenção de quedas: Fator de risco para quedas; medidas de prevenção para quedas; condutas em caso de quedas; indicadores para monitoramento para quedas;notificação de quedas.	99	11,95%			
Prevenção de evasão: Fator de risco para evasão; medidas de prevenção para evasão; condutas em caso de evasão ; indicadores para monitoramento para evasão; notificação de evasão.	107	12,92%			
Identificação correta de pacientes: Fator de risco para identificação incorreta; medidas de prevenção para identificação incorreta; condutas em caso de identificação incorreta; indicadores para monitoramento identificação incorreta ; notificação de identificação incorreta.	89	10,75%			
Prevenção de violência: Fator de risco para violência; medidas de prevenção para violência; condutas em caso de violência; indicadores para monitoramento para violência; notificação de violência.	94	11,35%			
Higiene de mãos: Fator de risco para Higiene de mãos					

incorreta; descrição dos processos de Higiene de mãos; indicadores para monitoramento Higiene de mãos ; notificação de falta de condições para Higiene de mãos.	52	6,28%	Construção dos protocolos (continuação)		
Prevenção de lesão por contenção: Fator de risco para lesão por contenção; medidas de prevenção de lesão por contenção; condutas em caso de lesão por contenção; indicadores para monitoramento de lesão por contenção; notificação de lesão por contenção.	91	11%			
Prescrição e administração de medicamentos: fatores de risco para erros na prescrição e administração de medicamentos; práticas seguras para a prescrição e administração de medicamentos; condutas em situações de erros na prescrição e administração de medicamentos; notificação de erros na prescrição e administração de medicamentos/ indicadores para monitoramento de erros na prescrição e administração de medicamentos.	96	11,60%			
Organização da gestão de risco, etapas de gestão, monitoramento de indicadores e notificação de incidentes.	86	10,39%	Elaboração de diagrama e da Proposta textual de software para gestão interna de notificações de incidentes.	86	10,39%
A Pesquisa-ação e a construção coletiva	30	3,62%	A pesquisa-ação como estratégia coletiva para organização da gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental.	30	3,62%
TOTAL UR	828 / 100%				

Fonte: [Adaptado]Oliveira, 2008, p.576.

APÊNDICE G
PRODUTO 2: PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE COM
TRANSTORNO MENTAL

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

DEFINIÇÃO DE VIOLÊNCIA <ul style="list-style-type: none"> • A Violência é definida como ação ou efeito de empregar força física ou intimidação moral contra si próprio ou outrem. • Violência sexual: entendida como qualquer forma de atividade sexual não consentida¹. • Violência física: entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal².
FINALIDADE DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA <ul style="list-style-type: none"> • Reduzir a ocorrência de violência física entre pacientes e entre paciente e funcionários nas dependências do hospital; • Evitar episódios de violência sexual; • Reduzir a auto agressão.
ABRANGÊNCIA DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA <ul style="list-style-type: none"> • Todos os setores do HEAC.
FATORES DE RISCO PARA VIOLÊNCIA Relacionadas ao indivíduo com transtorno mental <ul style="list-style-type: none"> • Delírios persecutórios; • Dificuldade de comunicação do paciente; • Possível vulnerabilidade do paciente submetido à medicação psicotrópica; • Hipersexualização; • Ausência de noção de morbidade;

Protocolo de Prevenção de Violência	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

- Lentificação psicomotora;
- Quadro de abstinência de álcool e outras drogas;
- Agitação psicomotora e hostilidade.

Relacionadas ao ambiente hospitalar

- Déficit de profissionais;
- Enfermaria única para pacientes agudos e pacientes estabilizados;
- Falta de conduta adequada frente a um ato de violência;
- Falta de empatia do paciente com o funcionário ou com outro paciente;
- Não dar credibilidade a relatos de pacientes que sofreram alguma violência;
- Abordagem imprópria do funcionário com o paciente;
- Possível entrada de pertences considerados perigosos, como os pontiagudos.

MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA

1. Adequar o número de profissionais para monitoramento;
2. Enfermaria separadas de acordo com o quadro (agudos ou estabilizados);
3. Capacitação e sensibilização dos profissionais sobre a abordagem ao paciente;
4. Orientar a família sobre a importância de não trazer pertences potencialmente perigosos;
5. Orientar, quando possível, o paciente sobre evitar situações e desentendimentos;
6. Adequação das medicações psicotrópicas;
7. Não fazer abordagem individualmente em pacientes potencialmente

Protocolo de Prevenção de Violência	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

agressivos;

- Fazer remanejamentos, entre as enfermarias, necessários de funcionários e/ou pacientes, baseados no risco de agressão.

COMO PROCEDER EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

- Fazer o primeiro atendimento conforme as instruções de primeiros socorros em caso de trauma;
- Comunicar ao médico e enfermeiro de plantão sobre a ocorrência;
- O médico fará a avaliação e se necessário, solicitação de exames, testes rápidos, execução de procedimentos (sutura, imobilização, encaminhamento para DST/AIDS, etc) ou transferência para Serviço de Referência;
- Evoluir a ocorrência no prontuário informatizado;
- Efetuar notificação no sistema eletrônico;
- O evento adverso será investigado pelo Núcleo de Segurança do Paciente;
- Posteriormente, realizar atendimento com o paciente e profissional para compreender a situação de violência e evitar novos episódios;
- Em caso de violência contra o funcionário, o mesmo deve ser encaminhado ao Serviço de Medicina e Segurança do Trabalho para demais providências.

NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Notificar em sistema eletrônico de notificação da instituição:

- **Ocorrência de violência física com dano.**
- **Ocorrência de violência sexual.**

INDICADORES

Protocolo de Prevenção de Violência	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

Baseados no Sistema eletrônico de notificações, o NSP fará o monitoramento dos indicadores mensalmente:

- Número de violência física com dano.
- Número de violência sexual.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Casa Civil. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. 2013.
2. BRASIL. Casa Civil. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. 2006.
3. GOMES, F.A. et al. Agressividade e Agitação Psicomotora. In: Quevedo J, Schmitt R, Kapczinski F, editores. Emergências psiquiátricas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 110-126.

Protocolo de Prevenção de Violência	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente PREVENÇÃO DE QUEDAS	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

DEFINIÇÃO DE QUEDA <ul style="list-style-type: none"> Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano¹.
FINALIDADE DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS <ul style="list-style-type: none"> Reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e pátios. Conscientizar sobre o cuidado multiprofissional para promoção de um ambiente seguro. Orientar o paciente, quando for capaz de entender, e seus familiares em relação à prevenção de quedas.
ABRANGÊNCIA DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS <ul style="list-style-type: none"> Todos os setores do HEAC.
FATORES DE RISCO PARA QUEDAS Relacionadas ao indivíduo com transtorno mental <ul style="list-style-type: none"> Incontinência urinária; Uso de medicamentos psicotrópicos; Hipotensão postural; Agitação psicomotora. Comprometimento sensorial e de equilíbrio corporal. Relacionadas ao ambiente hospitalar <ul style="list-style-type: none"> Presença de escada para acesso ao pátio;

Protocolo de Prevenção de Quedas	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente PREVENÇÃO DE QUEDAS	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

- Presença de água em dias chuvosos nas áreas de circulação de pacientes, tornando o piso escorregadio;
- Lâmpadas queimadas sem troca imediata.

MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS

1. Avaliação contínua, pelos profissionais que assistem ao paciente, se o mesmo apresenta risco para quedas (desequilíbrio corporal, sonolência). Em caso positivo, aumentar o monitoramento e se possível, restringir o acesso aos locais de perigo, como a escada;
2. Difundir com a equipe os riscos de queda dos pacientes e as medidas de prevenção;
3. Retificar com a equipe de higienização a necessidade de sinalização de áreas molhadas com a imediata correção do perigo; inclusive, lavar apenas quando os pacientes não estiverem circulando;
4. Efetuar manutenção preventiva e corretiva dos telhados;
5. Trocar, imediatamente, lâmpadas com defeito;
6. Orientar aos familiares a importância de prevenir quedas, e alertar, principalmente em dias chuvosos, sobre o risco de ter áreas molhadas e escorregadias na área de visita familiar;
7. Aumentar a vigilância e atenção dos profissionais com relação à escada de acesso ao pátio;
8. Diminuir a altura das camas, quando necessário.

COMO PROCEDER EM SITUAÇÕES DE QUEDA

1. Fazer o primeiro atendimento conforme as instruções de primeiros socorros

Protocolo de Prevenção de Quedas	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente PREVENÇÃO DE QUEDAS	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

em caso de trauma; 2. Comunicar ao médico e enfermeiro de plantão sobre a ocorrência; 3. O médico fará a avaliação e se necessário, solicitação de exames, execução de procedimentos (sutura, imobilização, etc) ou transferência para Serviço de Referência; 4. Evoluir a ocorrência no prontuário informatizado; 5. Efetuar notificação no sistema eletrônico; 6. O evento adverso será investigado pelo Núcleo de Segurança do Paciente.
--

NOTIFICAÇÃO DE QUEDAS Notificar em sistema eletrônico de notificação da instituição: <ul style="list-style-type: none"> ● Ocorrência de quedas com danos. ● Ocorrência de quedas sem danos (inclusive as quase quedas).

INDICADORES Baseados no Sistema eletrônico de notificações, o NSP fará o monitoramento dos indicadores mensalmente: <ul style="list-style-type: none"> ● Número de quedas com danos ● Número de quedas sem danos ● Índice de quedas (número de quedas/número de pacientes dia) X 1000

REFERÊNCIAS 1. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de Segurança do Paciente. Anexo 01: Protocolo Prevenção De Quedas. Protocolo elaborado pela equipe técnica do PROQUALIS Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz, 2013.Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-
--

Protocolo de Prevenção de Quedas	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente PREVENÇÃO DE QUEDAS	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

infeccoes/pasta12/protocolos_cp_n6_2013_prevencao.pdf. Acesso em 06 Jan. 2017.

2. OLIVEIRA, Roberta Meneses et al . Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 122-129, Mar. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100122&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Jan. 2017.

Protocolo de Prevenção de Quedas	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente PREVENÇÃO DE EVASÃO DE PACIENTES	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

DEFINIÇÃO DE EVASÃO DE PACIENTES <ul style="list-style-type: none"> Evasão é a saída do paciente do hospital sem autorização da equipe de saúde, sem solicitação da família e sem comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado¹.
FINALIDADE DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO EVASÃO DE PACIENTES <ul style="list-style-type: none"> Garantir a continuidade da assistência ao paciente na Unidade de Internação; Garantir a integridade física e psíquica do paciente e da sociedade; Evitar danos decorrentes da evasão de paciente com juízo de realidade prejudicado por crise psiquiátrica.
ABRANGÊNCIA DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO EVASÃO DE PACIENTES <ul style="list-style-type: none"> Todos os setores do HEAC.
FATORES DE RISCO PARA EVASÃO DE PACIENTES Relacionadas ao indivíduo com transtorno mental <ul style="list-style-type: none"> Aspectos do quadro psiquiátrico; Abstinência alcoólica e química; História prévia de evasão em internações anteriores; Ausência de noção de morbidade; Agitação psicomotora. Relacionadas ao ambiente hospitalar

Protocolo de Prevenção de Evasão de Pacientes	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente PREVENÇÃO DE EVASÃO DE PACIENTES	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

- Déficit de funcionários;
- Comunicação inadequada entre as equipes sobre a condição do paciente;
- Falta de qualificação profissional;
- Inadequação do perfil do profissional de saúde ao local de trabalho;
- Estrutura arquitetônica do hospital;
- Pacientes com problemas sociais.

MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE EVASÃO DE PACIENTES

1. Na admissão, informar a família sobre as normas e rotinas do hospital, sobre os objetivos da internação, a imprecisão do período de alta e a necessidade de restrições dependendo das circunstâncias psiquiátricas; nos atendimentos e atividades terapêuticas, dialogar as questões citadas acima com os pacientes;
2. Executar controle de entrada e saída de pacientes na unidade hospitalar;
3. Informar aos familiares sobre as condições de saúde do paciente e solicitar apoio afetivo, cuidados e visitas;
4. Transmitir ao paciente informações coerentes e pactuadas com toda a equipe quanto à alta, para que não sejam fornecidas informações equivocadas;
5. Detectar comentários, condutas ou atitudes do paciente que tragam suspeita de evasão. Observada tal informação, deve-se transmiti-la aos demais membros da equipe, para aumento do monitoramento;
6. Oferecer apoio psicossocial que possa diminuir o nível de estresse e sofrimento psíquico do paciente;

Protocolo de Prevenção de Evasão de Pacientes	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente PREVENÇÃO DE EVASÃO DE PACIENTES	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

7. Registrar nos livros da enfermagem e no prontuário informatizado que o paciente apresenta risco de evasão.

COMO PROCEDER EM SITUAÇÕES DE EVASÃO DE PACIENTES

1. Notada a ausência do paciente, é necessário comunicar a todos os profissionais sobre a sua provável evasão e tentar localizá-lo nas dependências do hospital;
2. Uma vez confirmada a evasão, relatar o fato aos coordenadores de enfermagem e da equipe psicossocial;
3. Contactar o CIODES (Polícia Militar) através do número 190;
4. Avisar aos familiares e/ou representante legal;
5. Registrar o incidente às autoridades policiais através de Boletim de Ocorrência (BO) online através do site da Polícia Civil do Espírito Santo (www.pc.es.gov.br), link delegacia virtual, imediatamente pelo profissional que estava responsável pelo paciente no momento;
6. Relatar a ocorrência nos instrumentos de registro (prontuário informatizado e livros de enfermagem) com detalhes da circunstância, ações tomadas, horário, ocorrência no CIODES, número do registro do B.O e outras informações que julgar úteis;
7. Caso o paciente esteja internado por ordem judicial, elaborar relatório multidisciplinar informando ao judiciário a ocorrência da evasão;
8. Retirar a prescrição do paciente da enfermagem e anexar ao prontuário;
9. Aguardar até 72h após a evasão para possível retorno do paciente ao hospital.

Protocolo de Prevenção de Evasão de Pacientes	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente PREVENÇÃO DE EVASÃO DE PACIENTES	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

<p>Findado o prazo, dar alta por evasão e liberar leito para nova internação.</p> <p>10. Em caso de internação compulsória, não há prazo pré-definido (sujeito a avaliação da equipe psicossocial, direção técnica do hospital e médico assistente);</p> <p>11. Efetuar notificação no sistema eletrônico;</p> <p>12. O evento adverso será investigado pelo Núcleo de Segurança do Paciente.</p>
<p>NOTIFICAÇÃO DE EVASÃO</p> <p>Notificar em sistema eletrônico de notificação da instituição:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ocorrência de evasão de paciente.
<p>INDICADORES</p> <p>Baseados no Sistema eletrônico de notificações, o NSP fará o monitoramento dos indicadores mensalmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Número de evasão de pacientes.
<p>REFERÊNCIAS</p> <p>1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Portaria Nº 312, DE 30 de abril de 2002. Estabelece, para utilização nos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, a Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. Disponível em:<sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/SAS_P312_02informes.doc>. Acesso em 09 jan. 2017.</p>

Protocolo de Prevenção de Evasão de Pacientes	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente PROTOCOLO DE PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

DEFINIÇÃO DE PRÁTICAS SEGURAS NA PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS <ul style="list-style-type: none"> • É o conjunto de medidas e condutas que visam garantir a prescrição e administração correta de medicamentos ao paciente.
FINALIDADE DO PROTOCOLO DE PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS <ul style="list-style-type: none"> • Promover práticas seguras no uso de medicamentos no estabelecimento de saúde.
ABRANGÊNCIA DO PROTOCOLO DE PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS <ul style="list-style-type: none"> • Todos os setores do HEAC.
FATORES DE RISCO PARA ERROS NA PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS <ul style="list-style-type: none"> • Estado de consciência do paciente; • Situações de simulação do paciente quanto à ingestão do medicamento oral; • Pacientes em leitos próximos dentro da mesma enfermaria com nomes iguais ou similares; • Delírios do paciente, com verbalização de nomes fictícios; • Falta de informações importantes, como se o paciente é alérgico; • Utilização de expressões vagas (se necessário, SOS, sem outras informações

Protocolo de Prescrição E Administração Segura De Medicamentos	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente PROTOCOLO DE PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

de dose máxima, etc); <ul style="list-style-type: none"> • Déficit de profissionais.
<p>PRÁTICAS SEGURAS PARA A PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificação do paciente – seguir condutas descritas no Protocolo de Segurança de Identificação Correta de Pacientes; A prescrição deve conter cabeçalho com dados do paciente; 2. Sinalização em sistema eletrônico de prescrição com um “alerta” sobre a alergia do paciente, que será informada na primeira prescrição do paciente na instituição; 3. Alimentar planilhas de controle para medicamentos com longos intervalos de administração; 4. Garantir que o paciente ingeriu a medicação oral; 5. Identificação do prescritor na prescrição – Deve conter nome, número do conselho e assinatura; 6. Identificação da data de prescrição – Deve conter data de prescrição e quando a prescrição for válida para mais de um dia, conter essa informação; 7. Legibilidade – A prescrição deve estar legível, para que não haja dúvidas quanto ao medicamento, via e posologia. 8. Uso de abreviaturas – Devem ser evitadas. Se for realmente necessário, a disponibilização de uma lista de abreviaturas é recomendada.

Protocolo de Prescrição E Administração Segura De Medicamentos	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL

<p>Protocolo de Segurança do Paciente</p> <p>PROTOCOLO DE PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS</p>	<p>Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda)</p> <p>Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima</p> <p>Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo</p>
--	--

9. Denominação dos medicamentos – Os medicamentos devem ser prescritos utilizando-se a denominação comum brasileira e em sua ausência a denominação comum internacional.
10. Prescrição de medicamentos com nomes semelhantes – Medicamentos cujos nomes são reconhecidamente semelhantes a outros de uso corrente na instituição devem ser prescritos com destaque na escrita da parte do nome que os diferencia, e pode ser utilizada letra diferenciada. Exemplos de nomes semelhantes: DOPamina e DOBUtamina; ClorproPAMIDA e ClorproMAZINA e CloZAPINA. O enfermeiro pode sinalizar essa diferença.
11. Expressão de doses – Quando houver prescrição de unidades de medidas não comuns no ambiente hospitalar, escrever por extenso. Exemplo: microgramas.
12. Alergias – Sinalizar no prontuário. Recomenda-se que em toda prescrição emitida contenha a informação sobre a alergia ou efeitos colaterais ocorridos anteriormente.
13. Padronização de medicamentos – O estabelecimento de saúde deve ter uma lista de medicamentos selecionados/padronizados considerando-se critérios de efetividade, segurança e custo. A padronização deve ser homologada, publicada e divulgada a todos os profissionais do estabelecimento de saúde.
14. Utilização de expressões vagas – Quando for preciso utilizar a expressão “se necessário” ou “SOS”, deve-se obrigatoriamente definir: Dose; posologia; dose máxima diária deve estar claramente descrita; e condição que determina o uso ou interrupção do uso do medicamento. Exemplo: paracetamol comprimido de 500mg uso oral. Administrar 500mg de 6 em 6h, se temperatura igual ou acima de 37,5°C. Dose máxima diária 2 gramas (quatro comprimidos de

Protocolo de Prescrição E Administração Segura De Medicamentos	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente PROTOCOLO DE PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

500mg). 15. Prescrição de antibióticos - Deve ser preenchida a ficha de autorização de prescrição de antimicrobiano para os medicamentos controlados pela SCIH. 16. Prescrições verbais – Em situações de urgência/emergência, as prescrições verbais podem ocorrer, devendo ser imediatamente escritas no formulário da prescrição após a administração do medicamento. 17. Técnicas para administração de medicamentos: seguir o Procedimento Operacional Padrão número 35 da Instituição.
COMO PROCEDER EM SITUAÇÕES DE ERROS NA PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS <ul style="list-style-type: none"> • Comunicar o fato ao enfermeiro de plantão; • O enfermeiro deverá investigar imediatamente se houve a ocorrência de evento adverso (administração de medicação de um paciente em outro, etc). Em caso positivo, o médico fará a avaliação e se necessário, solicitação de exames ou outras condutas; • Evoluir a ocorrência no prontuário informatizado; • Efetuar notificação no sistema eletrônico; • O evento adverso será investigado pelo Núcleo de Segurança do Paciente.
NOTIFICAÇÃO DE ERROS NA PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS Notificar em sistema eletrônico de notificação da instituição:

Protocolo de Prescrição E Administração Segura De Medicamentos	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente PROTOCOLO DE PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

<ul style="list-style-type: none"> • Ocorrência de erro na prescrição do medicamento; • Ocorrência de erro na dispensação do medicamento pela farmácia; • Ocorrência de erro na administração do medicamento no paciente.
--

INDICADORES Baseados no Sistema eletrônico de notificações, o NSP fará o monitoramento dos indicadores mensalmente: <ul style="list-style-type: none"> • Número de eventos adversos devido aos erros na prescrição e administração de medicamentos.

REFERÊNCIAS 1. REBRAESP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente Estratégias para a segurança do paciente. Manual para profissionais da saúde . Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p. 2. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de Segurança do Paciente. Anexo 03: Protocolo de segurança de prescrição, uso e administração de medicamentos. Protocolo elaborado pela equipe técnica do PROQUALIS. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz, 2013. Disponível em < http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta12/protocolos_cp_n6_2013_prevencao.pdf >. Acesso em 05 mai.2016.

Protocolo de Protocolo De Prescrição E Administração Segura De Medicamentos	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

DEFINIÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE <ul style="list-style-type: none"> • Processo realizado de diversas formas (pulseiras, placas, entre outras) com os dados do paciente, que garantem a prevenção de erros por identificação errada.
FINALIDADE DO PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE <ul style="list-style-type: none"> • Reduzir a ocorrência de erros decorrentes da incorreta identificação do paciente. • Garantir que o cuidado seja prestado ao paciente que se destina.
ABRANGÊNCIA DO PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE <ul style="list-style-type: none"> • Todos os setores do HEAC.
FATORES DE RISCO PARA IDENTIFICAÇÃO INCORRETA DO PACIENTE <ul style="list-style-type: none"> • Estado de consciência do paciente; • Mudanças de leito, setor ou profissional que assiste ao paciente; • Pacientes em leitos próximos dentro da mesma enfermaria com nomes iguais ou similares; • Delírios do paciente, com verbalização de nomes fictícios.
MEDIDAS PARA IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar os pacientes na admissão: <ul style="list-style-type: none"> • Quando possível, fazer o cadastro do paciente com uso de documento pessoal com foto; • Utilizar pulseira de identificação branca, com caneta de tinta resistente à

Protocolo de Identificação Correta do Paciente	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

<p>umidade, no mínimo com dois identificadores como: nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data de nascimento do paciente número de prontuário do paciente.</p> <p>2. Orientar a família sobre a importância da identificação;</p> <p>3. Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado, principalmente quando se tratar de medicação, sangue e procedimentos invasivos. IMPORTANTE: Não induzir o paciente com perguntas do tipo: “O Sr. é Fulano?”. Verificar na pulseira a identificação².</p> <p>4. Quando possível, fazer uma cópia do documento com foto e anexar ao prontuário;</p> <p>5. Padronizar placas de identificação de acordo com o tipo de precaução.</p>
<p>COMO PROCEDER EM SITUAÇÕES DE IDENTIFICAÇÃO INCORRETA DE PACIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicar o fato ao enfermeiro de plantão para que o mesmo providencie a correta identificação; • O enfermeiro deverá investigar imediatamente se houve a ocorrência de evento adverso (administração de medicação de um paciente em outro, etc). Em caso positivo, o médico fará a avaliação e se necessário, solicitação de exames ou outras condutas; • Evoluir a ocorrência no prontuário informatizado; • Efetuar notificação no sistema eletrônico; • O evento adverso será investigado pelo Núcleo de Segurança do Paciente.
<p>NOTIFICAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO INCORRETA DE PACIENTES</p>

Protocolo de Identificação Correta do Paciente	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

Notificar em sistema eletrônico de notificação da instituição:

- **Ocorrência de identificação incorreta com danos.**
- **Ocorrência de identificação incorreta sem danos (inclusive as situações em que o paciente está sem identificação).**

INDICADORES

Baseados no Sistema eletrônico de notificações, o NSP fará o monitoramento dos indicadores mensalmente:

- Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente.
- Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos na instituições de saúde/mês.

REFERÊNCIAS

1. REBRAESP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente Estratégias para a segurança do paciente. **Manual para profissionais da saúde**. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de Segurança do Paciente. Anexo 02: Protocolo Identificação de Pacientes. Protocolo elaborado pela equipe técnica do PROQUALIS Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz, 2013. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta12/protocolos_cp_n6_2013_prevencao.pdf. >. Acesso em 05 mai 2016.

Protocolo de Identificação Correta do Paciente	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente Higienização das Mãos	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

DEFINIÇÃO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

- **HIGIENE SIMPLES DE MÃOS** - Processo realizado com água e sabão Líquido, com a finalidade de remover sujidade, suor, oleosidade, pêlos, células descamativas; remover a microbiota transitória da camada mais superficial da pele, interrompendo a transmissão de infecções veiculadas por contato; prevenindo e reduzindo as infecções causadas pela transmissão cruzada¹.
- **HIGIENE ANTISSEPTICA DAS MÃOS - FRICÇÃO ALCOÓLICA** - Processo realizado com solução alcoólica, quando as mãos não estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou outros fluidos corporais e poderá substituir a higienização das mãos com água e sabão nesses casos².

FINALIDADE DO PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

- Evitar contaminação e infecções decorrentes da má higienização das mãos.

ABRANGÊNCIA DO PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

- Todos os setores do HEAC.

FATORES DE RISCO PARA HIGIENIZAÇÃO INCORRETA DAS MÃOS

- Falta de conscientização sobre a importância da higienização de mãos, bem como das complicações que podem ocorrer no paciente e no funcionário, como as infecções;
- Falta de condições de infraestrutura, equipamentos e materiais para o processo (lavatório, álcool, sabão, papel toalha).

MEDIDAS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

- Conscientizar os profissionais, pacientes e acompanhantes sobre a higienização de mãos;

Protocolo de Higienização das mãos	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente Higienização das Mãos	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

- Difundir o processo de higienização correta das mãos;
- Fixar cartazes informativos sobre a importância e técnica correta de higienização;
- Fazer vigilância de processo e de condições de infraestrutura, equipamentos e materiais para a higienização de mãos.

DESCRIÇÃO DOS PROCESSOS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

HIGIENE SIMPLES DE MÃOS

1. Retirar anéis, aliança, relógio e pulseiras das mãos;
2. Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar na pia;
3. Aplicar de 3 a 5 ml de sabão líquido nas mãos;
4. Ensaboar as mãos, friccionando-as entre si por no mínimo três vezes consecutivas, em todas as faces das mãos: palmas, dorso, espaços interdigitais, articulações, polegares, extremidades dos dedos e punho conforme figura abaixo;
5. Enxaguar as mãos em direção ao cotovelo, evitando o contato com a torneira;
6. Secar as mãos, com papel toalha, iniciando pelas mãos e terminando nos punhos;
7. No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilizar papel toalha.

HIGIENE ANTISSEPTICA DAS MÃOS - FRICÇÃO ALCOÓLICA

1. Retirar anéis, aliança, relógio e pulseiras das mãos;
2. Colocar de 3 a 5 ml de solução nas mãos;
3. Friccionar as mãos por aproximadamente 20 a 30 segundos em todas as faces

Protocolo de Higienização das mãos	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente Higienização das Mãos	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

das mãos: palmas, dorso, espaços interdigitais, articulações, polegares, extremidades dos dedos e punho conforme figura abaixo;
4. Efetuar fricção até secagem da solução utilizada. Não utilizar papel.
VIDE ANEXOS.

VIGILÂNCIA DE PROCESSO A cada três meses, será realizada pelo SCIH/HEAC a vigilância do processo de higienização de mãos. O registro será feito por categoria profissional em ambos turnos. <ul style="list-style-type: none"> • Critério: Houve higienização de mãos nos momentos oportunos?

NOTIFICAÇÃO DE DIFICULDADES NA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS Notificar em sistema eletrônico de notificação da instituição: <ul style="list-style-type: none"> • Ocorrência de falta de condições para higienizar as mãos.

INDICADORES Baseados na Vigilância de Processo, será calculado trimestralmente: <ul style="list-style-type: none"> • Percentual (%) de adesão: número de ações de higiene das mãos realizados pelos profissionais de saúde/número de oportunidades ocorridas para higiene das mãos, multiplicado por 100.
--

REFERÊNCIAS 1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (Ministério da Saúde). Segurança do paciente: Higienização das mãos. Brasília, 2009. 2. Centers for Disease Control and Prevention – CDC. Guideline for hand hygiene in health-care settings. MMWR Oct 25, 2002.
--

Protocolo de Higienização das mãos	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL

Protocolo de Segurança do
Paciente

Higienização das Mãos

Pesquisadora principal: **Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil
(Mestranda)**

Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima

Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo



Fonte: ANVISA (Ministério da Saúde). Segurança do paciente: Higienização das mãos. Brasília, 2009.

Protocolo de Higienização das mãos	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL

Protocolo de Segurança do
Paciente

Higienização das Mãos

Pesquisadora principal: **Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil
(Mestranda)**

Orientadora: Prof^a Dr^a Eliane de Fátima Almeida Lima

Coorientadora: Prof^a Dr^a. Cândida Caniçali Primo

HIGIENIZE AS MÃOS: SALVE VIDAS

**Higienização das Mãos com preparações alcoólicas
(Gel ou Solução a 70% com 1-3% de Glicerina)**

- 
1. Aplique na palma da mão quantidade suficiente do produto para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).
 2. Friccione as palmas das mãos entre si.
 3. Friccione a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda (e vice-versa) entrelaçando os dedos.
 4. Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.
 5. Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta (e vice-versa), segurando os dedos.
 6. Friccione o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), utilizando movimento circular.
 7. Friccione as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita (e vice-versa), fazendo um movimento circular.
 8. Friccione os punhos com movimentos circulares.
 9. Friccionar até secar. Não utilizar papel toalha.

Fonte: ANVISA (Ministério da Saúde). Segurança do paciente: Higienização das mãos. Brasília, 2009.

Protocolo de Higienização das mãos	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente PREVENÇÃO DE LESÃO POR CONTENÇÃO	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

DEFINIÇÃO DE LESÃO POR CONTENÇÃO MECÂNICA

A contenção mecânica é uma medida terapêutica que deve ser usada de forma adequada e específica para que surta o efeito desejado, de maneira segura e eficaz, evitando danos aos pacientes e aos profissionais envolvidos na técnica. Contudo ela deve ser o último recurso a ser utilizado para controlar condutas violentas¹.

Esse procedimento objetiva restringir os movimentos do paciente agressivo/ agitado, limitando sua habilidade de movimento quando esse oferece perigo para si e para terceiros, através de dispositivos mecânicos possibilitando, pelo uso das faixas, um relaxamento progressivo, uma diminuição da agressividade e agitação e uma percepção dos limites corporais².

A lesão por contenção mecânica ocorre quando a técnica é feita incorretamente, gerando uma lesão no paciente.

FINALIDADE DO PROTOCOLO DE LESÃO POR CONTENÇÃO MECÂNICA

- Evitar a ocorrência de lesão por contenção mecânica nos pacientes que necessitam deste procedimento;
- Conscientizar os profissionais sobre o dano que pode ser causado com uma técnica incorreta de contenção mecânica;
- Orientar os profissionais de saúde sobre a indicação da utilização da contenção mecânica;
- Instigar os profissionais a repensar a sua finalidade, indicação e modos de usá-la, para que seja um procedimento terapêutico e não de repressão.

ABRANGÊNCIA DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR CONTENÇÃO MECÂNICA

Protocolo de Prevenção de Lesão por Contenção	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente PREVENÇÃO DE LESÃO POR CONTENÇÃO	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

- Todos os setores do HEAC.

FATORES DE RISCO PARA LESÃO POR CONTENÇÃO MECÂNICA

Relacionadas ao indivíduo com transtorno mental

- Agitação psicomotora.
- Comportamento violento (aquele que conduz ou ameaça conduzir a dano físico em pessoas ou objetos).

Relacionadas ao ambiente hospitalar

- Material inadequado para contenção;
- Cama sem local para fixar os pontos de contenção;
- Técnica inadequada para conter o paciente.

MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR CONTENÇÃO MECÂNICA

1. A Resolução nº 1952/2010 do Conselho Federal de Medicina – que trata das diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil - sinaliza que a indicação e a prescrição de contenção física ao paciente psiquiátrico competem ao médico.
2. Os profissionais da Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão empregar a contenção mecânica do paciente sob supervisão direta do enfermeiro (RESOLUÇÃO COFEN Nº 427/2012, Art. 1º)
3. A contenção mecânica de paciente será empregada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais (RESOLUÇÃO COFEN Nº 427/2012, Art. 2º)
4. É vedado aos profissionais da Enfermagem o emprego de contenção

Protocolo de Prevenção de Lesão por Contenção	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente PREVENÇÃO DE LESÃO POR CONTENÇÃO	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

<p>mecânica de pacientes com o propósito de disciplina, punição e coerção, ou por conveniência da instituição ou da equipe de saúde (RESOLUÇÃO COFEN Nº 427/2012, Art. 3º)</p> <p>5. Todo paciente em contenção mecânica deve ser monitorado atentamente pela equipe de Enfermagem, para prevenir a ocorrência de eventos adversos ou para identificá-los precocemente (RESOLUÇÃO COFEN Nº 427/2012, Art. 4º)</p> <p>6. Quando em contenção mecânica, há necessidade de monitoramento clínico do nível de consciência, de sinais vitais e de condições de pele e circulação nos locais e membros contidos do paciente, verificados com regularidade nunca superior a 1 (uma) hora (RESOLUÇÃO COFEN Nº 427/2012, Art. 4º, parágrafo 1º)</p> <p>7. Um integrante da equipe deve permanecer junto ao cliente e dar-lhe assistência integral de enfermagem, durante todo o tempo em que permanecer contido, observando: Hidratação, sempre que solicitada pelo cliente e de acordo com sua necessidade, e alimentação com a cabeceira da cama elevada; Higiene; Mudança de decúbito, estando atento às faixas de contenção para evitar pressão no local e garroteamento; Vestimentas e proteção adequadas à temperatura do ambiente; Eliminações - atender às solicitações do cliente ou levá-lo ao sanitário em períodos regulares, se ele estiver em condições, caso contrário colocar o patinho, comadre ou fralda.</p>	
<p>INDICAÇÕES PARA CONTENÇÃO MECÂNICA^{1,2}</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes com agitação psicomotora, confusão mental, agressividade/violência em relação a si próprio e/ou a terceiro e que não responderam às intervenções verbais e medicamentosas (menos restritivas); • Pacientes em risco de evasão e auto-extermínio; 	

Protocolo de Prevenção de Lesão por Contenção	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente PREVENÇÃO DE LESÃO POR CONTENÇÃO	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

- Imobilização para prevenção de quedas após sedação ou quadros de confusão mental;
- Alto risco de degradação do ambiente como janela, mobiliários, equipamentos, dentre outros;
- Por solicitação do próprio paciente e/ou família para garantir diagnóstico e tratamento;
- Para evitar quedas, seja em crianças, pacientes agitados, semi conscientes, inconscientes ou demenciados, drogados ou em síndromes de abstinência;
- Nos casos de agitação pós-operatória;
- Para alguns tipos de exames ou tratamentos;
- Nos casos de pacientes não colaborativos na manutenção de sondas, cateteres, drenos, curativos.

DESCRIÇÃO DOS PROCESSOS PARA CONTENÇÃO MECÂNICA

Seguir Procedimento Operacional Padrão número 20 da instituição.

COMO PROCEDER EM SITUAÇÕES DE LESÃO POR CONTENÇÃO MECÂNICA

1. Fazer o primeiro atendimento conforme as instruções de primeiros socorros em caso de trauma ou ferida;
2. Comunicar ao médico e enfermeiro de plantão sobre a ocorrência;
3. O médico fará a avaliação e se necessário, solicitação de exames, execução de procedimentos (sutura, imobilização, etc) ou transferência para Serviço de Referência;
4. Evoluir a ocorrência no prontuário informatizado;

Protocolo de Prevenção de Lesão por Contenção	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente PREVENÇÃO DE LESÃO POR CONTENÇÃO	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

5. Efetuar notificação no sistema eletrônico;

6. O evento adverso será investigado pelo Núcleo de Segurança do Paciente.

NOTIFICAÇÃO DE LESÃO POR CONTENÇÃO

Notificar em sistema eletrônico de notificação da instituição:

- Ocorrência de lesão (ferida ou trauma) por contenção mecânica.

INDICADORES

Baseados no Sistema eletrônico de notificações, o NSP fará o monitoramento dos indicadores mensalmente:

- Número de lesão (ferida ou trauma) por contenção mecânica.

REFERÊNCIAS

1. PAES, Marcio Roberto et al. Contenção física em Hospital Psiquiátrico e a prática da enfermagem. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 out/dez; 17(4):479-84. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a04.pdf>>.

2. GOMES, F.A. et al. Agressividade e Agitação Psicomotora. In: Quevedo J, Schmitt R, Kapczinski F, editores. Emergências psiquiátricas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 110-126.

3. BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1952/2010. Adota as diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil e modifica a Resolução CFM nº 1.598, de 9 de agosto de 2000. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1952_2010.htm>. Acesso em 30 abr. 2017.

4. BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 427/2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4272012_9146.html>. Acesso em 30 abr. 2017.

Protocolo de Prevenção de Lesão por Contenção	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

APÊNDICE H
PRODUTO 3: PROPOSTA TEXTUAL DE SOFTWARE PARA GESTÃO
INTERNA DE NOTIFICAÇÕES DE INCIDENTES

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Proposta textual de software para gestão interna de notificações de incidentes	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

VigiHEAC

Mensagem Inicial

Olá!

Esse espaço existe para que eventos, que podem causar danos ao paciente, sejam notificados. O objetivo é minimizar danos que podem ser causados ao paciente no ambiente hospitalar.

Sua notificação pode ser sem identificação, ou, caso queira ter retorno sobre as condutas tomadas, identifique-se com seu nome e forneça um endereço de e-mail válido.

Identificação

☐ Notificação sem identificação.

☐ Notificação com identificação.

Preencha os campos:

Nome:

E-mail:

Tipo de Evento

Tipo de evento a ser notificado:

- ☐ Violência física com dano.
- ☐ Violência sexual.
- ☐ Quedas com danos.
- ☐ Quedas sem danos (inclusive as quase quedas).
- ☐ Lesão (ferida ou trauma) por contenção mecânica.
- ☐ Evasão de paciente.
- ☐ Ocorrência de erro na prescrição do medicamento.

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
<p>Proposta textual de software para gestão interna de notificações de incidentes</p>	<p>Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda)</p> <p>Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima</p> <p>Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo</p>

<p><input type="checkbox"/> Ocorrência de erro na dispensação do medicamento pela farmácia (dispensação de medicamento incorreto, medicamento com data de validade expirada, etc).</p> <p><input type="checkbox"/> Ocorrência de erro na administração do medicamento no paciente.</p> <p><input type="checkbox"/> Ocorrência de identificação incorreta com danos.</p> <p><input type="checkbox"/> Ocorrência de identificação incorreta sem danos (inclusive as situações em que o paciente está sem identificação).</p> <p><input type="checkbox"/> Ocorrência de falta de condições para higienizar as mãos.</p> <p><input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____</p>			
<p>Dados referentes ao Evento</p>			
<p>Data: ____/____/____</p>			
<p>Horário: ____h e ____min.</p>			
1.	Descrição	da	ocorrência:
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
<p>2. Profissionais que avaliaram o paciente após o evento:</p> <p><input type="checkbox"/> Técnico em enfermagem</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermeiro</p> <p><input type="checkbox"/> Médico</p> <p><input type="checkbox"/> Outro profissional. Especificar: _____</p>			
<p>3. Houve dano ao paciente? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim.</p> <p>Especificar: _____</p>			
<p>Mensagem FinalAgradecemos por notificar. Essa atitude auxilia na busca por uma assistência segura em nossa Instituição.</p>			

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Proposta textual de software para gestão interna de notificações de incidentes	<p>Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda)</p> <p>Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima</p> <p>Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo</p>